MIGRATION ET SIDA EN AMAZONIE

FRANÇAISE ET BRESILIENNE

Frédéric Bourdier

Recherche en Sciences sociales financée par le ministère de la Recherche et l'ANRS

Publié aux Presses Ibis Rouges, Cayenne, 2003
(en vente sur site)

TABLE DES MATIERES

Introduction (5 p.)

PREMIERE PARTIE : MOUVEMENTS DES HOMMES, AVANCEES EPIDEMIOLOGIQUES

Chapitre 1 : Prolégomènes (8 p.)
Anita, Suelly et Macio
Migration et sida : réflexions liminaires

Chapitre 2 : La circulation humaine dans le Nord Amazonien (13 p.)
Migration et évolution démographique
Particularités de la mobilité spatiale
Structures familiales et migration

Chapitre 3 : La progression de l'épidémie à VIH (13 p.)
La diffusion du sida dans le Nord amazonien

L'évolution du sida en Guyane française

Notification des populations migrantes séropositives

DEUXIEME PARTIE : DYNAMIQUES SOCIALES ET SPATIALES DE L'EPIDEMIE

Chapitre 4 : Du nord du Pará à la Guyane française (14 p.)
De Belém à Macapá : portes d'entrée de l'Amazonie
Oyapoque et Saint-Georges : point de convergence et de dissémination
La présence brésilienne dans le département français : espoir et désillusion

Chapitre 5 : Mobilité des populations indigènes dans l'espace transfrontalier (14 p.)

La mobilité sociospatiale comme facteur de vulnérabilité aux MST/sida

Orpaillage, prostitution et sida : les Indiens entre "premier monde" et "tiers-monde"

Le sida chez les populations indiennes: un problème passé sous silence ?

Chapitre 6 : La vie de migrant est-elle un long fleuve tranquille ? (10 p.)
Les politiques migratoires en Guyane française
Les représentations de l'étranger
Les dérives de l'imbroglio administratif

Chapitre 7 : Les conditions de vie sur le littoral guyanais et en forêt (14 p.)
Les Brésiliens dans l'agglomération de l'île de Cayenne
Les Brésiliens clandestins de l'intérieur
Immigration et santé dans la forêt guyanaise

TROISIEME PARTIE : LES RÉPONSES INSTITUTUONNELLES ET POPULAIRES

Chapitre 8 : Le débat public sur le sida dans les confins amazoniens (16 p)
Forces et bévues du programme antisida en Amazonie et en Guyane
Les insuffisances de la décentralisation et ses conséquences
Migration, accès aux services de santé et suivi des malades
Le sida chez les populations indigènes : une question politique éludée

Chapitre 9 : Séropositivité et parcours des migrants brésiliens (15 p.)
Trajectoires inachevées
Représentations du corps, de la santé et de la maladie
Régularisation et accès aux services de santé

Chapitre 10 : D'un risque à l'autre (13 p)
Profil régional des migrations et irruption de l'épidémie
Gestion du risque et gestion de l'infection par le VIH en situation migratoire

Conclusion : Les politiques de santé à l'épreuve des migrations (10 p.)

Bibliographie

Glossaire

Liste des abrévations

Liste des tableaux

Liste des figures

Table des matières

Remerciements

Ce livre est l'aboutissement d'une recherche effectuée en Amazonie brésilienne et française de 2000 à 2002, grâce à un financement de l'ANRS, l'agence nationale de recherche sur le sida en France. Je tiens à remercier Dr Paulo Teixeira responsable du programme national de lutte contre le sida, Dra Rosa Acevedo Marin, sociologue coordinatrice du siège institutionnel de l'association des universités amazoniennes, professeur au NAEA/UFPA et Dra Rosa Carmina de Senha Couto, docteur en santé publique de la même université, Dr Roberto Araújo, chef de département des sciences humaines du Musée Goeldi, Dr Luiz Mott activiste et anthropologue de l'université de Salvador de Bahia, Dra Helena Brigido et Dra Roseana Cardoso, respectivement responsables de la coordination municipale de la coordination étatique MST/sida de Belém. Ma gratitude va également aux membres du comité de pilotage des recherches sur le sida (qui dépend du ministère de la Santé de Brasilia) pour avoir appuyé le projet et fait en sorte que les processus d'acheminement des demandes d'autorisation ne se perdent pas dans les méandres de la fonction publique. Je tiens à saluer la CONEP - commission nationale d'éthique et de recherche sur les questions de santé - qui est l'ultime organisme à décider du déroulement de la recherche et qui a accepté sans difficultés la thématique et ses modalités ainsi que notre conception d'organiser le travail de terrain. Je me dois de souligner la sollicitude de plusieurs personnalités de la coordination nationale MST/sida de Brasilia pour m'avoir fortement encouragé dès le début et pour m'avoir invité à participer à la quatrième rencontre nationale sur la prévention et le sida à Cuíaba (Mato Grosso). Au risque d'oublier certain(e)s, je citerai Dra Pamela Diaz Bermudez du groupe matriciel de recherche, Dra Rosemeire Munoz, responsable de l'Unité de prévention ainsi que Lídia et Scheilla de Oliveira Miguel de la même Unité de prévention. Je n'oublierai pas en outre de citer Charles Cheung, ingénieur de recherche à l'UMR 5036 SSD, qui contribua grandement à la gestion du projet ainsi que Jean-François Faure, étudiant en fin de thèse au NAEA à Belém, qui eut la témérité de traduire les textes des participants brésiliens (textes qui figurent dans le rapport final remis à l'ANRS en mars 2003).

Bourdier, Frédéric (responsable du programme ANRS)

2003, Migration et sida en Amazonie française et brésilienne, étude socio-anthropologique des relations entre dynamiques spatiales et vulnérabilité sociale à l'épidémie du sida dans le Nord du Brésil et en Guyane française

Laboratoire Société Santé Développement, Université Victor Segalen de Bordeaux 2,

1. circulation migratoire , 2 sida, 3. accès au services de santé, 4. réponses institutionnelles, 5. logiques socio-familiales

Introduction

Notre démarche de recherche envisage d'assumer dans la méthodologie qu'elle met en œuvre l'idée que les migrations en Amazonie brésilienne et française constitueraient en elles-mêmes, de par tous les facteurs qui les caractérisent (précarité matérielle, isolement social, insécurité, altérité culturelle et linguistique, vulnérabilité affective, solitude et affaiblissement dans la maladie etc.), un indicateur de risque pour l'infection au VIH, et ce qu'il s'agisse de mouvements de personnes déjà contaminées ou non, le sachant ou non. Le choix d'étudier en priorité certains flux et certains réseaux migratoires est dicté par la possible corrélation – que nous envisageons de mettre à l'épreuve - entre mouvements de population et diffusion de l'épidémie dans une région frontière particulièrement touchée par l'épidémie en dépit du sous comptage des cas effectifs. Affirmer d'emblée que des réseaux et des flux ont occupé et occupent encore une place centrale dans la diffusion de l'épidémie, revient à aborder la mobilité comme facteur privilégié déterminant la propagation du sida par une approche localisée dans différents micro-espaces afin de mieux rendre compte des variations que peut prendre la prévalence de l'infection. Ces flux et réseaux de déplacement seraient alors un élément essentiel à la compréhension de la dynamique régionale de l'épidémie à VIH. En même temps, leur prise en compte pourrait servir de base pour l'indispensable coordination des politiques de prise en charge.

L'objectif principal vise à dénouer le lien entre migration et sida. Il ambitionne en priorité de repérer certains flux et certains réseaux migratoires ainsi que les stratégies de comportements qui les sous-tendent. De la mobilité spatiale évoquée surgit l'hypothèse de la vulnérabilité accrue au regard de l'exposition au VIH, assortie de la question des interactions sociales et culturelles entre habitants de l'intérieur, migrants et populations urbaines. Dans un mouvement concomitant, il s'agit d'identifier, toujours par une étude comparative d'espaces circonscrits et de populations bien définies, les comportements migratoires des personnes qui sont averties de leur séropositivité et de voir en quoi, à travers le prisme des programmes de lutte contre le sida dans les deux pays, l'annonce du statut sérologique influe sur les conditions de vie, les pratiques sexuelles et la prise de décision à l'égard du suivi et des divers recours thérapeutiques envisageables. Trois dimensions sont envisagées : le cadre politique de la lutte contre le sida dans une région périphérique et frontalière, les conditions et les motivations qui concourent à la mobilité spatiale des individus contaminés, enfin l'acceptabilité des structures de santé, de la médication et les quêtes de soins alternatifs.

La région d'étude se situe au confluent du monde caraïbe et latino-américain. Le choix de quatre microrégions (Belém, Macapá, la frontière Oyapoque/Saint-Georges, Cayenne et la forêt guyanaise) se justifie par le caractère particulier que revêt l'épidémie d'un lieu à l'autre. Ainsi constitué, le cadre géographique présente un continuum humain qui tout en relevant d'un ensemble socioculturel différencié, illustre des réalités humaines et économiques suffisamment distinctes pour alimenter un effort de généralisation. La position centrale de la Guyane française entre les Caraïbes et l'Amérique latine en fait un épicentre attractif non seulement pour les raisons économiques, les prestations sociales que l'on peut acquérir avec la carte de résidant mais également pour les soins de santé gratuits pour la plupart des étrangers y compris ceux en situation irrégulière.

La problématique part du fait un peu provocateur que si le mythe du brésilien aventurier dans le sang et voyageur impénitent s'atténue graduellement, il persiste dans la région amazonienne sous une forme rectifiée. Dorénavant on est moins confronté à l'image du sempiternel *bandeirante* défricheur de nouveaux espaces ou du *trilhos* poseur de frontières qui par son passage constitue un poste d'avant garde du pays mais, plus concrètement, au portrait d'un homme ou d'une femme en quête de travail, de mieux-être et d'un lieu pour s'établir, même s'il conserve un fond de curiosité et de découverte. Son itinéraire géographique est doublement alimenté par des motivations pragmatiques au sein desquelles s'intercale un imaginaire véhiculé par les histoires de réussite les plus improbables. À ce titre, parmi les endroits qui drainent et attirent les populations de ses régions limitrophes, le petit État d'Amapá et la Guyane française occupent une place privilégiée.

De quelles idées part-on ? Une hypothèse, quoique relativement nuancée dans la conclusion, avance que la progression de l'épidémie dans cette région serait conséquente à la circulation migratoire actuelle tandis que d'autres tirent leurs origines dans un passé récent où diverses populations ont afflué vers la Guyane française (réfugiés haïtiens et surinamais, travailleurs brésiliens etc.) et vers l'Amapá (habitants des États du nord et du nord-est). Ces migrations effectuées à différents moments, quoique essentiellement à partir des années soixante-dix, auraient généré la dislocation des familles et des couples et donné lieu à des migrations en chaîne dans des secteurs d'activités divers : citons le cas des Brésiliens et des Colombiens en Guyane, où les hommes vont dans la construction et l'orpaillage et les femmes dans le petit commerce, les emplois de maison et, jusqu'à une période récente, dans la prostitution. Quelques-unes de ces tendances migratoires isolées persistent à l'image des chercheurs d'or qui continuent à affluer aussi bien dans l'Amapá qu'en Guyane. En deuxième hypothèse, si la quête thérapeutique dépend de l'efficacité présumée du traitement et de l'existence de soins médicaux humanisés, elle génère en retour des stratégies migratoires internes et internationales guidées par une volonté de regroupement familial ou communautaire dans la mesure où l'insertion de la personne dans sa parenté ou dans un groupe (religieux, associatif etc.) lui confère une certaine sécurité, un certain réconfort qu'elle a du mal à trouver en étant isolé des siens. L'aspect présupposé de l'attrait de la France en matière de santé et des réponses offertes par le système public de soins se double par une tendance inverse de certains migrants malades du sida qui décident de retourner dans leur pays, provisoirement ou définitivement, occasionnellement ou régulièrement, convaincus qu'ils sont de pouvoir y trouver des systèmes de recours alternatifs plus efficaces, une ambiance plus conviviale, et soucieux qu'ils sont de retrouver un univers familier, culturel et symbolique envers lequel ils se sentent poussés à un moment crucial de leur vie qui correspond à un certain stage d'évolution de la maladie. Pour les Brésiliens, les enjeux ne sont pas les mêmes que pour les habitants des pays ne disposant pas de la trithérapie. Les premiers bénéficient d'avantages similaires dans leur pays qu'en Guyane, même si certains médicaments ARV récents et coûteux ne sont pas disponibles au Brésil, ce qui réduit les combinaisons possibles. D'un autre côté, les représentants du gouvernement français veillent à ce qu'il n'y ait pas de débordements frontaliers, d'où le renforcement des lois, des contrôles et des mesures d'extradition. Ces dispositions créent un climat d'insécurité chez les personnes sans-papiers. Dans ce contexte, la quête thérapeutique hors du pays d'origine n'en vaut pas toujours le jeu, à moins que la personne ne soit insérée préalablement dans des réseaux lui conférant un minimum de tranquillité. A moins encore qu'elle ne soit persuadée qu'il s'agit d'une question de vie ou de mort.

La problématique des interactions entre migration, diffusion de l'épidémie, accès aux systèmes de santé en général et recours thérapeutique fait appel à une réflexion générale où s'articulent les considérations ethnologiques et géographiques dont les analyses se renforcent mutuellement. Deux échelles d'analyse, correspondant à deux démarches méthodologiques, sont appliquées conjointement.

A) Celle de la géographie qui, par la projection cartographique de données descriptives rend possible le repérage de stratégies migratoires, l'ajustement relatif des individus dans des nouveaux environnements et, *in fine,* la récurrence et la variabilité des itinéraires géographiques des personnes en quête de soins. Une première phase de cette démarche géographique, quoique fortement réceptive à l'analyse culturelle, est dédiée à mettre en valeur les flux ou plus précisément les réseaux migratoires,

leurs compositions et leurs spécificités tout en envisageant les caractéristiques d'insertion des migrants provenant d'un autre pays ou région. L'approche spatiale permet d'envisager la relation entre mouvement de population en général et intensité de l'épidémie. Elle autorise à mieux appréhender le sens, la direction de l'épidémie et le degré de vulnérabilité effectif comparé des populations atteintes en fonction de leur situation plus ou moins précaire de migrant. Dans une deuxième phase, l'analyse géographique facilite l'émergence des tendances qui reflètent les stratégies de mobilité spatiale d'un pays où les structures de prise en charge sont insuffisantes vers un autre, dans lequel on espère trouver un accès plus équitable aux soins (multithérapie, prestations sociales, soutien familial, etc.). Inversement les enracinements forts des migrants dans leur pays d'origine génèrent des retours et certaines émigrations ne sont donc que temporaires. A défaut de les quantifier, il s'agit de souligner ces situations et de voir en quoi l'irruption d'un problème de santé peut s'intégrer dans la décision de revenir au pays.

B) Celle de l'anthropologie qui se réalise en plusieurs étapes, la première démarche étant de comparer et de cerner les itinéraires, pratiques et perceptions des populations locales récemment installées, déracinées ainsi que celles en situation de contact régulier avec le monde urbain. La seconde démarche vise à mettre en perspective le fonctionnement politique et sanitaire au sein desquelles s'articulent les comportements des populations migrantes : approche rétrospective des contacts interethniques et des mouvements de populations (arrivées des chercheurs d'or, vagues de colonisation, mobilisation des travailleurs brésiliens lors dans les années 70-80 en Guyane française), rapports de domination et de dépendance; fonctionnement des filières, des réseaux migratoires et des formes d'implantation locale ; stratégies de survie des populations en déplacement ; relations à la santé ; accès au système de soins et à la prévention de ces populations ; itinéraires thérapeutiques, sociaux, familiaux et géographiques des personnes se sachant contaminées (articulation de diverses formes de soins), comportements sexuels des personnes victimes du VIH ; perception de la contamination, représentations du risque encouru par l'autre ; compréhension des priorités et des facteurs sur lesquels reposent la mobilité spatiale et/ou la recherche de soins, c'est à dire la quête de santé dans un cadre de vie donné ; analyse critique du discours institutionnel ; nature des relations sociales entre populations mobiles et acteurs de santé, ainsi qu'avec ceux qui veillent à l'application des politiques migratoires.

Le système de santé sera abordé en tant que système de relations sociales ainsi que comme espace de négociation (et de pouvoir) entre les acteurs ; Nous envisagerons le concept de stratégie multiforme (mue par différentes raisons qui se renforcent) déjà utilisé dans nos recherches précédentes en Inde. En ce qui concerne l'évocation des catégories de pensée propres à un groupe, il s'agit de trouver une juste mesure entre, d'une part, des interventions sanitaires qui ne se préoccupent pas des connaissances et des pratiques avec lesquelles elles risquent d'entrer en conflit ou qu'elles pourraient, au contraire, compléter et, d'autre part, des actions qui sous prétexte d'être culturellement adaptées et en phase avec des représentations traditionnelles de la maladie non seulement négligent les forces sociales et les dynamiques de changement mais en viennent à fournir une image soit idéalisée, soit excessivement dépréciatrice de ces cultures. En reprenant à notre compte ce que le même auteur (Vidal, 2000 : 103) fait remarquer à propos de l'Afrique, conjointement à ce que Dominique Buchillet fait remarquer à propos des populations indigènes en Amazonie (2000), nous estimons qu'une position médiane, basée sur l'écoute des systèmes de pensée et non sur leur simple rejet ou adoption aveugle permet de mettre en œuvre plus efficacement des actions préventives qui débouchent sur des comportements réduisant le risque de contracter une maladie ou de suivre avec sérénité son déroulement une fois identifiée.

PREMIERE PARTIE

MOUVEMENT DES HOMMES,

AVANCÉES EPIDÉMIOLOGIQUES

Chapitre 1

Prolégomènes

(Frédéric Bourdier)

Anita, Suelly et Macio

Le retour de Suelly chez les siens

Plus de 21 ans se sont écoulées depuis le jour où Suelly[1] a quitté sa famille et sa terre natale. Originaire de la région aride du sud de l'État de Maranhão aussi déshéritée que le *sertão*[2] et la *caatinga* du Nordeste brésilien, elle quitta ses proches pour partir dans l'État d'Amapá, dans ce qu'elle estimait être un ailleurs ayant quelque chose de plus, un endroit où serait probablement garanti un travail rémunéré et une opportunité de mieux vivre. C'était du moins les bruits qui courraient à l'époque, attestés qui par un enfant prodige du pays « ayant percé » dans le lointain petit État amazonien, qui par une famille ayant eu le courage de s'aventurer en ces terres inconnues. « Là-bas » on mangeait à sa faim, il était plus aisé se débrouiller, il existait partout des écoles jusqu'à la fin du primaire pour les enfants ainsi que des postes de santé. Suelly était encore jeune. Elle venait de se marier et avait un enfant en bas-âge. Son niveau d'éducation était restreint car elle n'avait pas dépassé le primaire, faute de professeurs et de structures. Pas plus que son mari, elle n'avait guère de qualifications professionnelles.

Par une série de migration en chaîne avec son époux, ils s'installèrent quelque temps à Macapá, alternant les travaux pénibles avec les besognes ingrates. Ces activités ponctuelles leur conféraient toutefois le nécessaire pour vivre et se divertir : lui comme maçon et ouvrier de chantier, elle comme employée domestique et gardienne d'enfants. Quelques années plus tard, ils tentèrent leur chance dans une petite ville pionnière de l'État d'Amapá où, suite à la *fofoca* de l'or, le couple pensait y trouver son compte, sans oser envisager une idée précise de ce qui leur attendait sur place. Pourtant, une idée limpide et consensuelle planait dans leur esprit : en cet endroit, il y avait de la place pour tout le monde et c'est pour cela qu'il fallait tenter sa chance. Contre toute attente, ce fut Suelly qui réussit la première à trouver un emploi stable de cuisinière dans un laboratoire privé d'analyses médicales, rémunéré chichement à 280 reais (moins de mille francs français), soit l'équivalent de deux salaires brésiliens[3], tandis que son mari allait se contenter de travaux journaliers au cours des années qui allaient suivre. Le foyer prospéra, elle eût huit enfants et, bien que le couple ne gagna pas fortune, elle reconnaît sa chance d'avoir un homme tendre, fidèle, qui l'aime comme au premier jour et sait la soutenir dans les moments difficiles. Elle connut un seul moment de doute quand son mari repartit travailler vers Belém et qu'il ne lui adressa aucune nouvelle durant huit mois. En vérité, il n'avait pas

[1] Conformément à l'éthique qui s'impose à une recherche sur la santé, tous les noms des personnes et des lieux ont étés modifiés pour garantir l'anonymat, la confidentialité et la discrétion.
[2] Les mots ou expressions brésiliennes sont explicités à la fin du texte dans le lexique.
[3] Le salaire minimum était à l'époque(1998) de 120 réais. En 2002 il s'est élevé à 180 réais.

voulu l'avertir que le contrat escompté avait avorté et il se faisait un honneur de revenir seulement une fois un pécule amassé.

Arrivée à 50 ans, Suelly estime avoir réussi un parcours audacieux et téméraire (*o caminho certo :* le bon chemin) que beaucoup ont tenté sans le mener à bon escient. Elle essaya à deux reprises de faire venir ses parents mais son père demeura inflexible, préférant vivre et mourir sur sa terre. A ce stade de son existence, elle se fait à la fois une fierté et un devoir de retourner chez les siens, de réitérer ce périple en sens arrière pour quelques jours. A la joie confuse de rencontrer sa famille habitant l'intérieur du Maranhão, se mêle un indescriptible sentiment d'honneur de montrer aux siens son modeste triomphe, son passage de l'autre côté de la barrière : du statut du misérable à celui du « simple » pauvre. Le retour constitue à cet égard une étape incontournable, un rituel d'une importance symbolique si fort qu'aucune personne s'estimant dans la catégorie de « ceux qui ont percé » ne peut déroger. En même temps, la visite provisoire au berceau natal, qui représente un énorme investissement économique vu les distances et le prix des transports, lui procure le sentiment d'accomplir son devoir sous formes de rétributions diverses avec les indispensables cadeaux qui témoignent de son statut matériel et social. Les photos exhibées par Suelly de sa maison natale et de sa parenté en disent plus long qu'aucun discours ne saurait rendre. Sur fond de paysage légèrement vallonné, quelques rares fermes trahissent un environnement désolé jalonné par des cactus et des épineux maigrelets. Plus de deux heures de marche à pied sont nécessaires avant d'atteindre un hameau où passe un hypothétique bus sur un chemin chaotique. L'habitation délabrée en pisé, jadis construite par le père, ressemble de l'extérieur davantage à une maison abandonnée qu'à un espace vivant et animé. Pourtant plus d'une quinzaine de personnes y résident. La majorité sont encore des enfants et des adolescents. Une seconde photo montre la famille au grand complet : des jeunes au regard dur, des beaux-frères et des belles-sœurs vieillis avant l'âge. Certains membres de la famille élargie ont également quitté la terre natale avec plus ou moins de succès et reviennent ponctuellement, tandis que d'autres n'ont jamais donné signe de vie. Après ce court séjour, Suelly constate de sa propre chair ce qu'elle subodorait déjà : elle incarne la fierté pour ses vieux parents, sa visite les a honorés et son couple en est raffermi car de leur entente est venue leur félicité sociale. Bien entendu, il n'a été fait aucune allusion au virus qui est en elle et qu'elle a si longtemps dénié : comment une telle chose peut-elle survenir avec un mari comme le sien ? Décidée à n'en parler à personne en dehors de son mari, elle a maintenant envie d'aider ses proches : l'argent économisé va lui permettre de repartir accompagné d'une de ses jeunes cousines et du fils de l'une de ses sœurs qui le cas échéant pour s'avérer être des appuis supplémentaires dans le futur.

Les déboires de Macio

Macio reçut une éducation calquée dans la pure tradition de celle prônée par les moyens propriétaires agricoles de l'État du Ceará. Son père était un *fazendeiro* rude et peu disert, convaincu que le seul apprentissage était l'école de la vie. Il disposait d'un lopin de terre propice à la culture du soja et à l'élevage extensif de bovins. Ses trois garçons participaient et apprenaient les labeurs de la ferme tandis que sa fille aidait la mère pour les travaux ménagers en attendant de lui trouver un parti acceptable. Par le jeu des alliances maritales avec les paysans voisins, les quatre enfants seraient en mesure d'avoir chacun leur bout de propriété assuré. Pourtant Macio prit la décision à l'âge de 24 ans de laisser tomber cet univers rassurant mais qu'il considérait sans horizons. Il voulut voyager. Il proposa ses services d'abord comme gardien de bétails puis comme gérant de petites fazendas. Très vite, il sut s'attirer les complaisances de ses partons successifs, accumuler les responsabilités, diriger les employés saisonniers et recevoir des gratifications conséquentes. Il évoque cette époque comme une période faste où, jeune, riche, élégant et fort, il savait conquérir le cœur des jeunes filles dont certaines étaient même encouragées par leurs parents étant donné le parti intéressant qu'il représentait. Il joua de cette situation qui dura près de cinq années. Macio ne voulu jamais évoquer les raisons qui le poussèrent soudainement à quitter son dernier employeur qui l'avait en haute estime, mais le fait est qu'il prit la route avec une jeune femme pour arriver à Altamira, une ville du centre du Pará. Là, il y rencontre une autre femme, laisse l'ancienne, et incite cette dernière à le suivre à Santarem, sur les

bords du fleuve Amazone. C'est ici qu'il entend parler pour la première fois de l'Amapá, de ses terres encore vierges et des opportunités nombreuses de travail qui s'y présentent. Il prend un bateau avec sa compagne jusqu'à Laranjal, le second port de l'Amapá situé sur le fleuve Jari. Avec ses économies, il monte une petite entreprise d'équarrissage de bœufs. Cependant, la ville déplait à son amie qui décide de rebrousser chemin vers le Pará. Macio reste inflexible et, de toutes manières, sait pertinemment que trouver des femmes ne constitue en aucun cas un problème. Il se rappelle avoir mené une vie de flambeur à Laranjal do Jari, passant ses soirées dans les nombreuses boîtes, alternant les plaisirs du sexe la nuit à celui des affaires le jour. Jusqu'au jour où il découvre que ses deux associés sont partis avec les bénéfices de l'entreprise fantôme, après avoir vendu le capital immobilier et après avoir contracté de nombreuses dettes qu'il doit maintenant assumer. Macio est contraint à rembourser les arriérés sous la menace physique des créanciers et n'a d'autre choix que d'emprunter à d'autres prêteurs d'argent. Une fille qu'il a rencontrée depuis peu l'aide financièrement en se prostituant occasionnellement. Néanmoins, ils parviennent difficilement à renflouer la caisse du ménage. Quand Macio commence à montrer des signes persistants de faiblesse et de fièvre, elle le quitte à son tour. Le cercle commence à se rétrécir et il vend tout ce qu'il lui reste avant de s'enfuir pour Macapá, la capitale de l'État qui se trouve à huit heures de bus.

Il est accueilli par un homme originaire du même État que lui, rencontré au cours de ses pérégrinations à Laranjal. Ce dernier l'héberge et lui facilite la recherche d'un travail. Macio trouve un emploi comme chauffeur de taxi mais son état de santé se dégrade, sans qu'il ne sache pourquoi. Les infusions locales et les médicaments conseillés par le pharmacien n'y font rien. Son état de santé s'empire toujours. Deux mois plus tard, il décide de se rendre à l'hôpital car il tousse de plus en plus et cela l'empêche de dormir. Un test pour le sida lui sera proposé. Il ne sait pas vraiment ce que c'est, il pensait alors que c'est la maladie des chercheurs d'or (*garimpeiros*). Il se fait expliquer, accepte et reçoit l'annonce de sa séropositivité trois semaines plus tard. Débouté, il pense à toutes les partenaires qu'il a eues et reste effrayé à l'idée d'avoir pu transmettre la maladie sans le savoir. Ce sentiment continuera à le hanter pendant les trois années de notre rencontre. Entre temps, ne voulant pas que sa maladie se sache dans son milieu social, il saute sur une opportunité qui lui est donnée de s'installer dans un *assentamento* à quelques centaines de kilomètres de la capitale. Selon lui, c'est incontestablement une inexistence de débauche dans la ville qui est responsable de sa dégradation physique et de son mal. Il reste convaincu qu'un retour à la vie dans la nature sera, sinon salvateur, au moins récupérateur. Grâce aux camions que le gouvernement affrète hebdomadairement pour les paysans des colonies agricoles, il peut se rendre sans difficultés à la ville pour aller chercher à chaque fin de mois les antirétroviraux. Toutefois la solitude pèse, surtout lorsqu'il est confronté seul à la maladie. Il accueillera une autre personne séropositive qui l'aidera aux travaux des champs qu'il a parfois du mal à assumer quand les moments de lassitude et de faiblesse reviennent. La ferveur des premiers moments partagés fait rapidement suite à de menus conflits qui dans un contexte d'isolement rendent vie la vie commune insupportable. L'autre s'en va. Son rêve est d'avoir une compagne : pendant plus d'une année il fréquente l'association de séropositifs de Macapá dans l'espoir, inassouvi, de rencontrer une femme séropositive comme lui et qui serait prête à le suivre. Il n'obtient guère de succès. Un jour il se décide à appeler sa mère après huit ans de silence total, mais sans préciser où il habite, encore moins son statut de personne contaminée par le VIH. A plusieurs reprises, sa mère puis ses oncles et ses frères tenteront par téléphone de le convaincre de revenir. Il reste évasif mais au fond de lui, il sait qu'il ne peut pas faire chemin arrière, sans montrer aux siens le produit de son labeur passé. Et puis comment feindre la maladie ? De toutes façons comment envisager un retour dans un endroit loin de tout, où la difficulté d'accès aux médicaments compliquerait davantage sa situation ? Refusant de perdre la face et préférant laisser croire à sa famille qu'il prospère, il a pris la décision de cultiver sa parcelle de terre tant qu'il en a la force. Parallèlement, il suit rigoureusement les conseils des médecins, se fait un honneur de ne jamais oublier les médicaments et ne décourage pas de découvrir l'âme sœur. Après, on verra…répétait-il nonchalamment et confusément.

L'adoption d'Anita

Anita est une jeune adolescente de 13 ans originaire d'une petite île du Pará localisée à proximité de Santana, près de Macapá. Elle est la cinquième enfant d'une famille de *ribeirinhos* vivant en semi-autarcie de la pêche, de la collecte de l'acaï[4] et de l'agriculture sur brûlis. Après avoir complété les quatre premières années de l'école primaire, elle ne put aller plus loin en raison de l'absence d'école secondaire à proximité. Elle continua à vivre avec ses parents, frères et sœurs dans la maison de bois située en bordure du fleuve, vaquant aux taches domestiques qui ne manquaient pas. A douze ans, elle n'était encore jamais sortie de son île, si ce n'est pour se rendre de temps à autre au siège de la communauté rurale située à quelques kilomètres, à l'occasion de visites parentales ou de rares fêtes annuelles. Elle n'avait aucune idée de ce que pouvait être la ville, bien que celle-ci ne soit qu'à trois heures de bateau. Seulement deux de ses frères aînés se sont rendus à Macapá à plusieurs reprises. Un jour, un marchand habitant une communauté voisine, familier de longue date des parents, vint s'entretenir avec le père, affirmant qu'il était porteur d'une bonne nouvelle pour la famille. L'homme propriétaire d'un bateau et faisant le négoce des produits de la forêt entre les îles et le port de Santana confia au père qu'il connaissait une famille respectable résidant dans le centre de la ville. Le couple recherchait une jeune fille pour s'occuper d'un enfant en bas-âge et accomplir de petites tâches domestiques. En échange de quoi, ils s'engagent à héberger la jeune personne, à lui donner la possibilité d'aller à l'école et à veiller sur elle comme si c'était leur propre enfant. L'adolescente aurait ainsi une possibilité inespérée de reprendre sa scolarité inachevée. Une expérience et une éducation dans la ville chez des gens de confiance, « garantis » par l'intermédiaire, lui donneraient sûrement une chance de trouver un travail. La proposition fut reçue par la famille comme une chance tombée du ciel et la jeune fille, concertée pour la forme, accepta sans trop réfléchir tant était immense l'attraction pour la ville. Elle avait entendu parler de temps de choses : des copains et des divertissements que tout cela devenait maintenant palpable. Elle partit de bon grès le jour-même.

Les premiers mois se passèrent sans encombre. Anita allait effectivement à l'école, sortait rarement et restait essentiellement à la maison pour s'occuper de son nouveau « petit frère ». L'autre enfant, une fille de neuf ans ne lui donnait aucun travail supplémentaire, mais Anita avait l'impression qu'elle la jalousait car elle n'était pas de la famille. Petit à petit, elle commença comme tous les adolescents de son âge à développer de relations amicales à l'école ainsi que dans le quartier où elle résidait. Une fois familiarisée avec son nouvel environnement social, elle devint moins timide et moins farouche et demanda de plus en plus fréquemment la permission d'aller jouer dehors. Rapidement, elle commença à flirter avec un garçon de 16 ans de son école. En fait, elle ne faisait que reproduire les comportements des jeunes évoluant autour d'elle. Prise dans cette émulation et encouragée par des camarades de classe, avoir un *namorado* incarnait la chose la plus naturelle du monde. Plus encore, c'était pour elle un signe d'intégration dans son nouvel univers.

Cependant après quelques mois, sa famille adoptive commença à avoir de plus en plus de mal à contrôler la jeune fille qui développait une fâcheuse tendance à désobéir et qui rechignait à s'occuper du nourrisson. Quand ses nouveaux parents se rendirent compte qu'elle ne fréquentait l'école qu'occasionnellement, ils s'inquiétèrent pour la suite des événements et décidèrent de convaincre le négociant de ramener l'adolescente indisciplinée à sa famille biologique. Celui-ci refusa, alléguant qu'il s'était engagé auprès des parents et qu'il ne pouvait pas les décevoir ainsi. La famille de Santana avait de son côté promis de prendre en charge la jeune fille sans la mettre à l'épreuve. Il leur incombait donc d'assumer leur responsabilité jusqu'au bout. Après une série de discussions houleuses qui n'aboutirent à rien, ils s'efforcèrent de garder Anita et de lui imposer une stricte discipline, sous les conseils de voisins et amis. La jeune fille ne supporta pas cet enfermement et s'enfuit deux jours d'affilée qu'elle passa chez un petit ami. A son retour, les parents réagirent violemment et l'expulsèrent, craignant que la jeune adolescente soit un mauvais exemple pour leur fille. Anita alla se réfugier chez une copine où elle rencontra un garçon avec qui elle eut ses premiers rapports sexuels. Ne pouvant rester à l'infini, elle alla vivre avec un homme de vingt ans son aîné qui la répudia quelques semaines plus tard. Elle se retrouva à ce moment-là sans le sou et à la rue, dormant une nuit chez une connaissance, une autre avec un homme de passage. Elle commença à traîner près du

[4] Fruit d'un palmier très courant dans les zones inondables en Amazonie.

débarcadère de Santana, échangeant à l'occasion ses services sexuels contre des cadeaux en nature, des repas, des bijoux, des vêtements, mais jamais d'argent car elle tenait à se démarquer des prostituées travaillant dans les bordels miteux qui grouillent dans le port. Elle n'utilisa jamais de moyens de protection de son propre chef. A deux reprises seulement, un de ses partenaires s'était muni d'un préservatif. Dix mois après son arrivée à la ville, affaiblie par une hygiène de vie précaire, elle se rendit accompagnée d'une camarade à une clinique religieuse pour se faire soigner d'un problème vaginal qu'elle imaginait bénin, n'ayant guère de connaissance des questions de santé reproductive ni même du fonctionnement physiologique de son corps. A sa surprise, elle appris qu'elle était enceinte tandis qu'un mois plus tard elle était détectée séropositive.

Migration et sida : réflexions liminaires

Pour qui connaît le Brésil, ces trois trajectoires n'ont absolument rien d'extraordinaire. Elles sont au contraire anodines et emblématiques de la dynamique sociale et spatiale d'une population qui, depuis les premières générations d'habitants, circulent d'un endroit à l'autre dans l'espoir d'amélioration de leurs conditions de vie, à l'affût d'une rencontre qui leur accordera le *jeitinho,* le petit coup de main, indispensable à établir les réseaux nécessaires de sociabilité (Barbosa, 1992). Certes, le contexte historique a changé, la conjoncture économique et politique encore davantage, mais les mouvements humains transcendent la constitution du territoire national depuis ses origines à aujourd'hui. Le Brésil a toujours été - et continue d'être - une terre d'agitation, de migration, de mouvement, d'exode. Combien de microrégions et d'États du Nordeste ont la réputation fondée d'être des réservoirs à migrants et inversement combien de villes et d'États sont réputés attirer les migrants, à l'instar du Pará, de l'Amapá et de l'Acre ?

Un poncif qui vient directement à l'esprit consiste à tracer un lien direct entre pauvreté et périples successifs. Les relations de cause à effet ne se résument pas à cette équation, même si le dénuement matériel joue inévitablement un rôle moteur pour aller tenter sa chance ailleurs, quitte à s'exposer à des situations de vulnérabilité sociales et sanitaires inattendues. Cela dit, loin s'en faut de brosser un tableau misérabiliste avec l'exemple de Suelly et d'Anita où la pauvreté en toile de fond servirait de préambule à dépeindre un Brésil qui dépare de celui présenté dans les dépliants touristiques présentant le versant idyllique de cette contrée magique de l'Amérique latine où se côtoient carnaval, samba, soleil, tropiques, peuple joyeux et cordial, *morena*s aguichantes, ambiance festive en permanence. Les itinéraires de ces deux femmes, prises au hasard dans mon carnet de terrain, sont censés illustrer la mobilité spatiale assortie de la quête d'une amélioration socio-économique. L'histoire de Macio illustre une autre motivation pour la migration. Il est d'une famille d'agriculteur qui ne connaît pas de difficultés de survie mais, mû par une volonté de connaître d'autres espaces, il quitte son foyer et accumule les expériences de vie jusqu'à ce que la maladie compromette son ascension sociale.

Pourtant, au risque de paraître trivial, les parcours de vie se suivent sans se ressembler. Les trajectoires des personnes et des groupes ne sont pas que le fruit de décisions privées mais répondent à des logiques de type macro qui dépassent les individus. Certes, chacun dispose d'une marge de négociation mais les volontés individuelles peuvent être contrecarrées par des contraintes politiques, historiques, économiques et sociales qui influent sur le devenir personnel et familial. En suivant la trajectoire de Suelly, on se rend compte que les lieux investis représentent des pôles d'attraction pour les gens du Nordeste. Quand ils ne s'implantent pas dans les capitales, ils poursuivent leur chemin vers des villes relais, des fronts pionniers agricoles ou des zones d'extraction de minerais. De même, contrairement aux théories simplistes qui envisagent les flux migratoires en terme de pertes/bénéfices et qui sous-tendent que l'individu est mû par une attitude calculée le poussant à se rendre là où il existe un plus à gagner, les études de cas comme les analyses régionales à grande échelle (Becker, 1991) démontrent l'inanité de chercher dans les comportements humains la quintessence d'une rationalité mathématique. Quitter Macapá pour une petite ville provinciale signifie pour Suelly et son époux fuir le microcosme périurbain inhumain des favelas et autres quartiers défavorisés où règne la violence. Les critiques relatives aux théories comportementalistes ont suffisamment fait couler d'encre

et il est inutile d'y revenir, mais contentons-nous de préciser que les tentatives d'intensification de l'occupation humaine de l'Amazonie à partir des années soixante traduisent en premier chef la volonté politique du régime militaire alors en place depuis 1964 qui, obnubilé par le miracle économique censé propulser le Brésil au rang des grandes puissances industrielles, et fort de ses visées expansionnistes, a tenté de planifier la seconde conquête de l'Amazonie en traçant les routes transamazoniennes, en implantant des colons, en créant des fronts pionniers et en favorisant l'implantation de puissants propriétaires dont le gouvernement savait qu'ils seraient des défricheurs acharnés de la forêt omniprésente, considérée improductive et comme un obstacle au développement.

Bien entendu, les stratégies migratoires n'aboutissent pas toujours à la stabilité espérée. En dépit de son infection par le VIH, la réussite de Suelly, aussi modeste soit-elle, s'affiche en contrepoint de vies précaires expérimentées par une multitude d'autres personnes. Conditions drastiques d'existence qui ne cessent d'alimenter des migrations successives sans horizon dégagé, irruption d'une maladie qui réduit les chances de se projeter dans un avenir conforté. Irresponsabilité de l'État ou imprévisibilité des acteurs sociaux : les discours populaires ainsi que les interprétations scientifiques oscillent entre une interprétation focalisée sur la responsabilité de la personne et une analyse centrée sur l'incapacité du gouvernement à résoudre les questions de survie les plus élémentaires de la population. A la faveur des discours populaires, il a été dit et redit que le l'homme brésilien du Nord est davantage *comodista*[5] qu'entrepreneur. Il ne se révolte pas, ne critique pas. Poète, chanteur et musicien à ses heures, il s'accommode des choses comme elles se présentent, recherche la compagnie, adore le bavardage et privilégie ce qui représente son patrimoine symbolique, à savoir maintenir constantes l'intensité et la qualité de ses relations sociales. Ce bon vivant évite la confrontation autant que la dispute ouverte et préfère se dérober s'il y a du gaz dans l'air. Le discours scientifico-politique ne contredit pas cette image mais la complète : il relève d'une critique systématique des institutions et des dirigeants qui affichent leur impuissance à fournir des repères au citoyen, le laissant dans son ignorance, son marasme et son imprévisibilité. Ces facteurs politiques favorisent à leur tour des comportements sociaux déraisonnables qui se caractérisent par une fuite en avant des individus ne disposant pas de ressources pour se mobiliser, en dehors de quelques rares mouvements organisés comme celui des paysans sans terre. D'où la tendance de ce prototype du Brésilien *comodista* à partir pour aller voir ailleurs ce qui se passe ou, inversement, à se contenter de son sort, tant que coule la bière et gagne son équipe de football.

Ces idées repérables dans les représentations collectives laissent perplexe l'observateur attentif qui en dégage la fausse impression de voir défiler devant ses yeux une société bicéphale, sorte de Janus à deux têtes : la première constituée par l'agrégation de citoyens peu soucieux de leur avenir, fêtards, prenant la vie du bon côté ; et la seconde qui insiste sur le processus de « victimisation » de l'autochtone, sur l'absence d'ingérence de l'État, sur la déliquescence des pouvoirs publics à maîtriser de façon cohérente l'occupation de l'espace national et l'avenir de ses citoyens. Il n'est pas question ici de rentrer dans les détails de ce débat ni de cerner sa complexité mais de mentionner la nécessité de sortir de cette double vision, issue du sens commun, d'une société érigée en modèle où joie de vivre et pauvreté s'unissent miraculeusement pour constituer la spécificité brésilienne, sa chaleur humaine, sa solidarité, voire sa supériorité qui s'énonce dans l'expression si régurgitée : « *O brasil é o melhor pais do mundo* » (le Brésil est le meilleur pays du monde).

Or, contrairement à ce qui se dit en relation au joyeux caractère inné du Brésilien, les migrations ne sont pas plus des parties de rire qu'une expression du caractère léger de plaisants nomades préférant vivre à l'air libre, détachés de toutes contraintes matérielles. La mobilité forcée et a fortiori les migrations successives avec tout ce qu'elles impliquent comme mode de vie traduisent la dureté de la condition humaine et la difficulté de la plupart des migrants à rencontrer un monde social stable auquel la plupart aspirent. Une étude sur les migrants de la fin du 20ème siècle note l'image dépréciative que ces « vagabonds forcés » ont d'eux-mêmes. L'expression est dure, peut-être exagérée, mais elle renvoie à des désignations encore plus significatives : les personnes se comparent à

[5] Littéralement, quelqu'un qui s'accommode des situations et s'y complait.

un arbre qui a séché et perdu sa sève alors qu'il n'a pas encore été coupé (Moraes Silva, 1998 : 75). La force symbolique de cette autodénomination correspond à un mécanisme de déconstruction de l'identité aux effets délétères. Encore faut-il se rappeler que l'identité ne se construit pas seulement par rapport à l'autre (cet autre qui peut renvoyer à une image de soi négative) mais à travers les relations sociales. Dans le cas des migrants, celle-ci est niée. Dans le meilleur des cas, elle est catégorisée à un groupe qui n'a bien souvent qu'une existence fictive : « les migrants ». En retraçant des parcours de vie, on voit justement comment des individus en situation de mobilité qui se perçoivent déniés par les autres reconstruisent une un *self esteem* en se démarquant et en essayant de trouver des points d'ancrage à partir desquels ils se sentent différenciés et valorisés. Les comportements qui indiquent une aptitude particulière à gérer la santé et la maladie en sont une parfaite illustration.

C'est parallèlement à ce contexte d'intensification de la mobilité spatiale des hommes que l'épidémie du sida est apparue au Brésil. Conjoncture ou ironie de l'histoire. Mais cette fois-ci les mouvements de population convergent plutôt vers les métropoles qu'ils ne s'en éloignent, même si des va-et-vient existent en permanence. Le début de l'épidémie survenue dans la première moitié des années quatre-vingt coïncide avec l'accélération du processus d'urbanisation, l'augmentation des favelas et des habitations spontanées. Les villes de Manaus, Belém et plus récemment Macapá témoignent à leur tour de cette croissance urbaine peu contrôlée qui, loin de proposer aux nouveaux arrivés ce qu'ils espéraient, débouche *in fine* sur des formes de violence et d'anomies sociales qui ne sont pas sans répercussions sur la diffusion du sida. Ne commettons pas cependant l'erreur de présenter le sida comme une maladie de la pauvreté. Les dynamiques sociales qui concourent à la transmission du VIH sont infiniment plus complexes et dépendent autant de la précarité sociale et affective de la population que de l'inconstance du gouvernement à administrer les politiques sociales et sanitaires. L'épidémie continue à toucher toutes les classes de la société mais force est de lui reconnaître, statistiques à l'appui, une nette tendance à s'infiltrer dans les strates sociales les plus démunies.

Ces quelques réflexions éparses pèsent tout leur poids. Elles nous amènent à envisager la place de la santé dans le processus migratoire. Il faut reconnaître que jusqu'à présent, très peu d'études (aucune en Amazonie brésilienne et française) abordent la migration sous cet angle. Pourtant la question est de mise et pas seulement pour l'épidémie à VIH. Les enjeux sont de taille si l'on se rappelle autant en Europe qu'en Amazonie, et probablement dans d'autres régions du globe, que les migrants et les populations immigrées sont ceux qui sont proportionnellement les plus touchés par le sida. Se proposer de comprendre comment et sous quelles conditions la mobilité peut s'avérer être un facteur de risque n'est toutefois pas suffisant (Haour-Knipe, n.d.). Il est important de voir en quoi la santé infléchit la décision des personnes à migrer ou pas, et d'évaluer dans un second temps quelles sont les retombées du phénomène migratoire sur les comportements de santé. Plus encore dans le cas du sida, il paraît judicieux de se pencher sur les logiques migratoires des personnes qui se savent contaminées afin de les confronter aux logiques des systèmes de santé. Une des interrogations clés à laquelle on s'efforcera de fournir des éléments de réponse à la fin de ce travail consisterait à explorer les possibilités d'ajustement d'une politique de santé en fonction des conditions de vie des migrants, le cas échéant à travers des programmes spécifiques.

Chapitre 2

La circulation humaine dans le Nord amazonien

(Frédéric Bourdier)

Il est courant de répartir les 27 États du Brésil en cinq Régions : le Sud, le Sud-Est (Sudeste), le Centre-Ouest, le Nord-Est (Nordeste) et le Nord. Chacune de ces macrorégions est divisée en mésorégions qui à leur tour sont fractionnées en 558 microrégions. Chaque microrégion est divisée en *municípios*. L'Amazonie légale telle qu'elle est définie par la législation brésilienne et l'organisme de développement qui en a la charge comprend les six États amazoniens (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima), le Mato Grosso, le Tocantins et l'ouest du Maranhão. Cependant au niveau géopolitique, l'« île amazonienne » est constituée des six États proprement amazoniens. Depuis la colonisation et la pénétration des Portugais, la forêt amazonienne fut toujours considérée comme un territoire aux ressources naturelles abondantes et une zone vierge à conquérir. Cinq cent ans plus tard, elle continue de passer pour une terre miraculeuse et abondante, un espace aux potentiels illimités permettant de résorber les problèmes de sécheresse et de surpopulation du Nordeste. Dans ces conditions, il n'est guère étonnant qu'elle soit une terre d'immigration par excellence.

L'Amazonie forme un vaste bassin de six millions de km^2 dont plus de la moitié se localise au Brésil. Dans le cadre de ce travail, chaque fois qu'est mentionné le Nord amazonien ou l'Amazonie orientale, il sera fait référence à son extrême partie est : le nord du Pará avec sa capitale Belém, l'État d'Amapá et la Guyane française où les Brésiliens représentent le second groupe par nationalité d'origine après les Haïtiens. Au-delà de la frontière administrative, la circulation des hommes garantit en effet des relations étroites tandis que le cadre physique fournit des repères communs, à tel point que l'Amapá est populairement désignée comme la Guyane brésilienne et la Guyane française comme un petit Amapá français (Lézy, 1989).

Ce chapitre nous invite à resituer brièvement le phénomène des migrations régionales dans une perspective historique, démographique, géographique et sociale. L'image que nous avons du présent et de la situation migratoire à un moment précis incarne l'aboutissement d'une série d'événements qui possèdent leur dynamique propre et plongent leurs racines dans des contextes culturels donnés. Il est donc nécessaire de comprendre les singularités historiques, la constitution des pôles d'attraction ainsi que les mécanismes d'interaction entre projets de développement et processus d'urbanisation qui ont gouverné pour une large part les mouvements de population afin de mieux saisir le rapport matériel et symbolique des migrants aux territoires qu'ils traversent, aux espaces sur lesquels ils transitent, aux lieux dans lesquels ils tentent de s'installer.

Migration et évolution démographique

En 1996, le taux d'immigration est de 18% dans la Région Nord (contre 6,6 pour le Nordeste et 35 pour le Centre-Ouest) tandis que son taux d'émigration correspond à 7,2% (contre 19,3% dans le Nordeste et 13,5 dans le Centre-Ouest). Le solde migratoire dans le Nord, bien qu'inférieur au Centre-

Ouest, s'avère positif alors qu'il est largement négatif pour le Nordeste qui reste cependant la Région la plus peuplée, et celle qui envoie le plus de migrants hors de ses frontières. Fait intéressant, l'Amazonie en dépit de sa faible population - 11,7 millions, soit seulement 7% de la population totale du pays - reste une région attractive (Oliveira, 1997), à l'image de la ville de Macapá qui connaît une croissance annuelle supérieure à 5,3%[6], devenant ainsi un des trois centres urbains à progresser le plus rapidement à l'échelle du Brésil. Les autres villes de l'Amazonie orientale poursuivent un cheminement similaire, quoique moins rapide comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : croissance urbaine dans quelques villes du Pará, Amapá et Guyane française

Villes	1961	1971	1981	1990/91	1998/1999
Belém + banlieue	593 000	642 000	934 000	1 246 000	1 455 000
Macapá	59 500	86 000	138 000	197 000	245 000
Santana	33 000	36 000	40 000	51 500	78 500
Laranjal do Jari	3 500	15 500	23 000	21 500	33 500
Oyapoque	1 900	2 800	5 000	7 500	11 1000
île de Cayenne[7]	28 500	34 500 (1974)	47 500	61 500	77 500

Sources (arrondies au 500ème) : IBGE et FNS (Brésil), INSEE (Guyane)

Le nombre d'enfant par famille concourt à un rythme d'accroissement rapide qui avoisine les 1,4%. Ce taux s'élève quelque peu dans la région Nord. La transition démographique amazonienne ne se réalise pas aussi rapidement que dans les autres Régions (Bozon & Enoch, 1999). La structure par âge de la population amazonienne est dominée par la prépondérance des jeunes : plus de la moitié des individus ont moins de 24 ans. En Amapá comme au Pará, le sex-ratio penche légèrement du coté des hommes, tant en milieu rural qu'en milieu urbain. Cette constante se retrouve dans les données migratoires à partir desquelles il est constaté que davantage d'hommes recensés que de femmes proviennent d'un autre municipio[8] ou d'un autre État. Cependant la croissance naturelle de la Région Nord ne suffit pas à expliquer la croissance démographique. On décèle une corrélation entre espérance de vie et migration et dans une moindre mesure entre taux de fécondité est migration (IBGE de 1992 à 1996). En Amapá l'espérance de vie à la naissance est de 68,3 ans chez les migrants alors qu'elle atteint 73,3 ans chez les populations installées de longue date. Dans le Pará, l'espérance de vie s'abaisse à 61,5 ans pour les migrants et atteint 64,4 chez les non-migrants. Ainsi la mortalité des migrants est toujours plus élevée que celle des non-migrants dans le Nord amazonien et la fécondité reste relativement supérieure en comparaison à la moyenne nationale. Par ailleurs, les familles d'émigrés sont souvent celles qui ont le plus d'enfants : en Amapá, le taux de fécondité s'élève à 5,4 chez les femmes migrantes contre 4,2 chez les femmes non-migrantes.

Un facteur observé plus récemment dans le Nord que dans les autres Régions est l'augmentation de la taille des villes avec des phénomènes d'occupation spontanée, de développement des favelas et de quartiers tentaculaires qui s'étendent dans les zones périphériques. Cette urbanisation plutôt sauvage est alimentée par la venue des migrants des autres États et de l'intérieur des terres. La croissance urbaine n'est donc pas à mettre au seul compte du taux naturel de reproduction. Au-delà de leurs divergences théoriques sur la formation des villes en Amazonie, toutes les études s'accordent à affirmer que les mouvements de population du milieu rural et des petites villes vers les cités plus importantes contribuent pour une grande part à l'urbanisation des États du Nord.

[6] La région Nord connaît un taux de croissance 2,1% en 1996, et le Brésil entier de 1,4%.
[7] L'île de Cayenne regroupe Cayenne intra muros et sa conurbation : Rémire-Montjoly et Matoury.
[8] Le *municipio* correspond à la plus petite unité administrative territoriale.

Il n'est pas de notre propos d'analyser les statistiques détaillées concernant les migrations comme il est d'usage dans de nombreuses études brésiliennes (Aragon *et al*, 1986 ; Domingos, 1996 ; Santos, 1999), d'une part parce que les données de l'IBGE ne tiennent pas compte de tous les mouvements circulaires et pendulaires de population qui nous intéressent davantage, et d'autre part parce que les données officielles sont souvent confuses, contradictoires une fois confrontées aux réalités locales qu'une étude sur le sida et les migrations ne peut délaisser. Les données disponibles confirment que la proportion de citadins dépasse les 50% dans le Pará et atteint les 80% en Amapá. De vastes zones sont vides d'occupation humaine, principalement en Amapá et en Guyane française qui tous deux conservent une grande partie de leur territoire inexploité. Ensuite la réforme agraire au Brésil sous la responsabilité de l'INCRA, dont un des objectifs majeurs consiste à fixer les familles à la terre, est loin d'être performante. Prenons encore l'exemple de l'Amapá où le gouvernement de Brasilia entend renforcer sa politique d'intervention en favorisant la création de nouveaux fronts pionniers. De 1995 à 1999, dix-huit nouveaux projets d'*assentamentos* (colonies agricoles) virent le jour. Il n'y en avait que cinq auparavant. Plus de 3000 nouvelles familles, dont 80% sont originaires du Maranhão, se sont installées durant cette période. Ce qui monte le total théorique de familles ayant bénéficié d'une parcelle de terrain grâce à la politique de l'INCRA à 5200 en 1998, pour s'élever à 6160 en 1999.

Les autorités ont pourtant du mal à répondre à la demande annuelle des quelques 1500 à 2000 individus qui effectuent une requête officielle et doivent satisfaire à des critères de sélection. De taille inégale, les *assentamentos* ont une capacité d'accueil de 50 à 1000 familles mais la plupart restent partiellement occupés ou se dépeuplent simultanément : transports précaires, infrastructures sanitaires et scolaires inexistantes, détournement privatif de l'usage de la terre (location, absentéisme). Certains de ces fronts pionniers demeurent des espaces insalubres, infestés par le paludisme, éloignés de toutes voies de communication rapide et sont régulièrement abandonnés. Curieusement, les individus qui ont tendance à rester sont les personnes de plus de quarante ans, sans enfants, voire des couples âgés[9]. En guise de foyers familiaux, on dénombre un fort pourcentage d'hommes célibataires ou bien de personnes esseulées dont la famille qui n'a pas voulu suivre est restée vivre à Macapá. Dans son ensemble, la tentative de désengorger les villes par une politique d'encouragement à l'implantation en milieu rural s'avère évanescente et réduite à peu de choses quand on songe aux moyens financiers mis en œuvre (crédits, constructions d'agrovilles et de pistes), techniques (formation, outillage). La situation en Guyane n'est guère mieux avec la faillite encore plus probante du plan vert guyanais, véritable gouffre financier, qui envisageait de promouvoir le développement agricole du département d'outre-mer mais qui n'a guère réussi à maintenir sur le moyen terme les migrants espérés, la plupart ayant quitté illico la Guyane une fois les subventions reçues.

Les populations migrantes proviennent essentiellement du Nordeste. Le Maranhão et le Ceará sont de loin des États qui drainent le plus de population vers ceux du Nord. Les disparités entre hommes et femmes sont minimales et ne montrent guère, dans les statistiques de l'IBGE, de spécificité migratoire en fonction du sexe, même si l'on ne sait pas grand chose sur les lieux de résidence différentiels des hommes et des femmes. Il pourrait en effet être envisagé, mais seules des investigations plus fines proposées plus loin pourront le mettre en lumière, une distinction entre les lieux d'habitation des hommes et des femmes, y compris dans le cas des personnes mariées ou vivant en couple. Ce fait revêt une grande importance pour la compréhension des relations entre mobilité spatiale et sida dans la mesure où il y a de fortes de chances que les migrants isolés, séparés de leur famille et de leur conjoint soient plus enclins à développer des nouvelles stratégies de rencontre. Les classes d'âge qui migrent davantage sont les individus entre 20 et 39 ans. Une exception notoire se remarque chez les jeunes femmes de l'Amapá qui migrent plus précocement (dans le groupe d'âge 15-19 ans) que leurs homologues masculins. Telle est le cas d'Anita décrit plus haut, figure emblématique des migrations des îles vers le continent, dont les parents encouragèrent le départ vers la ville alors que les frères devaient rester travailler avec le père. D'une façon générale, une fois passée 20 ans, c'est-à-dire après avoir eu des enfants (l'âge moyen de la maternité oscille entre 14 et 19 ans en Amazonie[10]), la

[9] Enquêtes personnelles à *l'assentamento* de Munguba et données non publiés du bureau de l'INCRA à Macapá.
[10] Données de la pastorale des enfants (Pastoral das criancas).

différence s'estompe puis se s'inverse : il est probable que les jeunes femmes sont enclines à chercher un domicile stable et un compagnon « de confiance », à moins qu'elles ne résolvent à laisser leur(s) enfant(s) à de la parenté. En dehors de cette classe d'âge, les deux sexes accusent des tendances légèrement divergentes à la mobilité à moyen terme, quoique l'écart commence à se réduire à partir de 50 ans. Intéressement, les femmes sont davantage mobiles que leurs homologues masculins après 30 ans tandis que les jeunes hommes de 20 à 30 ans quittent plus facilement leur univers familial, quitte à y revenir ensuite.

Les mesures relatives à la mobilité dans les deux États orientaux de l'Amazonie ne représentent qu'une proportion modeste du volume migratoire à l'échelle du pays. On sait par exemple que plus de 5 millions de Brésiliens ont changé de macrorégion entre 1970 et 1980 et parmi eux deux millions sont originaires du Nordeste (Théry, 2000 : 58). Ces mesures n'en constituent pas moins des éléments d'appréciation intéressants. Premièrement, elles montrent clairement que la région étudiée possède un solde migratoire positif, animé par de constants déplacements internes. Deuxièmement, elles signalent que les mouvements de population sont assez conséquents pour atténuer le sens habituel des migrations qui portent les Nordestins vers Rio de Janeiro et surtout São Paulo. Sensiblement, le Nord devient une alternative aux courants migratoires traditionnels des gens du Maranhão, du Ceará, du Pernambuco et du Piauí. Troisièmement, ces mesures révèlent que les fronts pionniers du Pará alimentent ceux de l'Amapá dans la mesure où les conflits pour la terre au sud et au centre de l'État participent à la fuite forcée et à l'expulsion des paysans *posseiros*. Il existe donc une migration rurale/rurale intra et interétatique, le plus fréquemment avec passage momentané à la ville, qui loin d'être moindre, participe à l'étalement temporel et spatial des flux dans la Région. Quatrièmement, la nombreuse population *ribeirinho* des îles du Pará disséminée dans le delta de l'Amazone et à proximité de l'Amapá alimente les villes du sud de l'Amapá : Santana, Macapá et Laranjal do Jari. Une autre partie des habitants des îles situées près de la rive sud converge de préférence vers Belém et la zone périurbaine. Enfin, les habitants des États de l'Amazonie orientale effectuent des déplacements dans les autres Régions du Brésil, en particulier le Sud et le Sud-Est. Ces mouvements, définitifs ou de longue durée, peuvent se restreindre à des déplacements provisoires allant de quelques mois à quelques années. De telles migrations retour caractérisent principalement une population jeune, masculine, attirée par les opportunités matérielles et culturelles de la vie dans les grandes métropoles du pays. Si certains décident et parviennent à s'y installer, d'autres ne réussissent pas à occuper une place stable dans la société urbaine d'adoption, à moins que des motifs familiaux ou de santé, comme ce peut être le cas avec le sida, ne les incitent à revenir auprès des leurs.

Ces tendances générales méritent d'être complétées par des analyses plus fines issues d'enquête de première main. Outre la composition, le sens et l'intensité des flux migratoires très schématiquement décrits, il importe de saisir qualitativement les caractéristiques de la circulation et des réseaux migratoires. Le concept de circulation migratoire, telle qu'il se définit habituellement (Dorai *et al*., 1998 : 8) tente de saisir la migration dans une perspective dynamique à l'encontre des approches en terme d'intégration ou d'insertion (Hugo, 1982). Tout en se référant à un contexte socioculturel donné, il fait référence à la mobilité physique des hommes, avec leur itinéraire, leur condition de voyage et la pratique effective et affective de l'espace parcouru. Le concept complémentaire de réseau migratoire, quant à lui, vise à rendre compte des migrations au-delà de la seule logique du marché du travail. L'action et la dynamique sociale des groupes migrants, les liens familiaux et socioprofessionnels occupent une place importante pour mieux comprendre d'une part comment se forment les réseaux et d'autre part comment ces derniers s'auto-alimentent, se complexifient progressivement et par conséquent s'étendent et se modifient. Nous allons voir que le choix de ces deux concepts, notamment de celui de réseau, est loin d'être innocent et fortuit car mieux que tous les autres (notions de filière, chaîne et système migratoires), il rend compte d'une réalité spatiale, sociale, culturelle et économique qui prédomine dans notre cercle d'observation.

Particularités de la mobilité spatiale

Il serait inutile, et fastidieux, de fournir une typologie exhaustive des motifs qui incitent à la migration. Il est plus constructif de présenter les logiques concomitantes qui sous-tendent les processus de migration. Car il serait faux de penser le phénomène uniquement en terme de calcul individuel raisonné, bien que cela puisse interférer. Si l'on se situe au niveau macro, les mouvements de population résultent de conjonctures historiques et sociales, de décisions politico-économiques et de choix de développement qui transcendent les individus, même si dans l'apparence ces derniers tiennent un discours censé montrer l'inverse. La principale option du développement en Amazonie que l'on peut désigner comme un modèle prédateur de la forêt qui représente soit une source immédiate de profit, soit un obstacle à lever au profit d'autres activités (Léna *et al*., 1991) attire périodiquement les populations immigrées bien que dans la réalité seule une faible partie accède à la terre. Il convient de rappeler à cet égard à quel point la structure agraire fortement inégalitaire (une des plus injustes au monde) provient de l'héritage historique du pays (Zanoni *et al.*, 2001 : 12), quand le territoire fut divisé en capitaineries et attribué au libre arbitre de quelques hommes au pouvoir illimité. Cette tradition a perduré jusqu'à une époque récente et elle continue toujours, sous des formes insidieuses, à régir les rapports hiérarchiques de type paternaliste entre grands possédants, petits propriétaires et simples travailleurs, mais aussi entre citadins de classes sociales différentes, comme le montre l'œuvre de sociologue brésilien Roberto da Matta.

Les projets de développement de grande envergure ne manquent pas dans l'histoire récente de l'Amazonie orientale : exploitation de gisements d'or disséminés dans le Pará et l'Amapá, mine de manganèse à Serra de Navio au centre de l'Amapá, projet agro-industriel Jari au sud-ouest du même État, barrage de Tucurui sur la rivière Tocantins au sud de Belém, création de réserves extractivistes dans le sud-ouest de l'Amapá, distribution de terres à défricher par l'INCRA, établissement d'une zone franche à Macapá[11], développement en cours d'un vaste complexe industriel au port de Barcarena à proximité de la capitale du Pará, élargissement prévu des activités portuaires de Santana. Chacun de ces investissements a provoqué des mouvements de population en raison de la nouvelle main-d'œuvre sollicitée et en raison de l'espérance congruente d'une possibilité d'amélioration des conditions de vie. Si les résultats n'ont pas toujours étés à la hauteur des espoirs suscités et si certains projets sont désormais ralentis, abandonnés ou achevés, il n'en reste pas moins que des centaines de milliers d'hommes et de femmes ont répondu à l'appel des initiatives gouvernementales et privées, sans compter l'agrégation de ceux exerçant des activités périphériques dans les centres de développement (commerces, services, etc.). Il s'agit donc indubitablement de migrations planifiées ou concertées par les décideurs sans pour autant, précisons-le, avoir été exercées sous la contrainte à la différence de ce qui a pu se passer dans au Sud (Vainer, 1996). Elles ont majoritairement un caractère ponctuel, limité dans le temps et l'espace et, bien souvent, ne sont que l'amorce d'un processus de migrations successives où les personnes se rendent d'un lieu où existe un potentiel de travail à un autre en fonction des opportunités du moment, des informations dont ils disposent et des possibilités concrètes qu'ils ont d'assumer le type d'activité proposé. En effet, n'est pas récolteur de latex ou orpailleur qui le veut : encore faut-il savoir accepter les conditions physiques du travail, l'inconfort général, les horaires draconiens, la solitude, les maladies qui menacent et les conflits interpersonnels toujours prêts à surgir. Il en va de même pour les ouvriers des usines du complexe Jari, longtemps interdites aux syndicats, où la tâche sous-payée au rendement poussait les hommes dans leurs limites psychologiques et physiologiques[12].

Parallèlement à ces mouvements de population impulsés par l'État, d'autres, complémentaires car ils s'effectuent dans le même sillage, puisent leurs sources dans des initiatives privées. Pourtant, le travail agricole mobilise seulement une petite partie des populations itinérantes en quête de travail saisonnier dans la mesure où les propriétés rurales et les zones d'élevage extensif sont de taille réduite et recrutent peu de main d'œuvre en Amapá comme dans l'extrême nord du Pará. Il en va de même en Guyane française où l'agriculture locale étonnamment peu développée[13] reste familiale (culture sur abattis) et nécessite peu de renforts extérieurs. Le secteur industriel privé n'est pas plus florissant et ne

[11] Que les habitants dénomment par ironie *zona fraca* (zone faible).
[12] Interviews avec les employés d'une usine locale.
[13] Elle connaît cependant un regain d'essor grâce aux populations Hmongs (réfugiés du Laos) d'Asie du Sud-Est.

parvient guère à absorber les nombreuses demandes d'emploi dont il est sollicité. Au contraire, il ne cesse de débaucher en Amapá avec la fermeture ou le ralentissement d'activités de quelques centres sidérurgiques comme celui de Serra do Navio avec son siège à Santana ou bien celui de Monte Dourado/Laranjal do Jari qui diminuent leur personnel. Encore faut-il reconnaître que les grands projets industriels ne sont plus au goût du jour en Amapá où le gouvernement local oriente ses efforts depuis une dizaine d'années en direction d'un programme de développement durable (Moulin, 2000) reposant sur la petite agriculture familiale et la création de vastes zones d'extractivisme, de petites unités de transformation. En dehors de l'agglomération de Belém, le nord du Pará, quant à lui, dispose d'une série de moyennes villes relais qui sont des lieux de concentration pour le commerce et l'approvisionnement des zones alentours. Il est surtout constitué d'une multitude d'îles habitées par une population importante de *caboclos* qui vivent de la pêche, de la cueillette, de la chasse et pratiquent l'essartage sur d'étroits lopins de terre. Le défi majeur pour cette population de producteurs autant en Amapá que dans le Pará réside dans la commercialisation de leurs biens de production. Les coûts de transports sont parfois supérieurs au coût de production et à l'investissement en temps de travail, à tel point que ce sont les intermédiaires qui s'octroient les bénéfices, aussi modestes soient-ils. C'est pour cela qu'à moins d'être autosuffisants, ce qui est rarement le cas, les conditions de vie restent extrêmement modestes et la pauvreté des familles constitue inéluctablement un ressort à migration vers les villes. Si ce n'est pas tout le foyer qui se déplace, c'est au moins le chef de famille ou bien les adolescents attirés par les divertissements de la ville et encouragés par leurs parents à y continuer leurs études. Dans la première option où un travail a pu être déniché grâce aux réseaux familiaux et communautaires (personnes du même lieu d'origine), il s'agit d'une mobilité régulière, quoique rarement pendulaire : le père ou l'enfant scolarisé reste à la ville durant la semaine ou le mois entier et revient épisodiquement chez les siens. Dans le cas des jeunes adolescents qui se rendent en ville en placement dans une famille d'accueil, chez de la parenté, dans des maisons d'étudiants, dans des foyers ou dans des pensions, les migrations prennent une tournure différente dans la mesure où rares sont ceux à fréquenter la ville assidûment qui souhaitent revenir s'établir définitivement dans leur milieu d'origine, sachant d'avance le peu de débouchés professionnels et redoutant plus encore le manque de perspectives, de distractions et de rencontres interpersonnelles en comparaison à ce que la ville propose.

Les zones d'extraction de minerais qui attirent une frange importante et en constant renouvellement de migrants fascinés par le mirage de l'or requièrent une attention particulière car l'Amazonie orientale possède une multitude de sites exploités. Ce qu'il importe de mentionner, et que nous avons pu observer personnellement, ce sont les liens étroits qui se tissent dans ces lieux, ainsi que le maillage des relations entre les individus qui se développe d'un site à l'autre. En dépit des conditions de vie éprouvantes, de nombreux hommes et des femmes poursuivent leur quête du métal précieux d'un placer à l'autre et parviennent ainsi à quadriller un vaste territoire où ils apprennent à connaître les lieux où il est possible de s'établir temporairement pour fouiller le sol. Ce maillage est rendu possible grâce aux échanges d'informations qui se développent entre les personnes, avec toutefois la mise en place de certains garde-fous. A vrai dire, tout l'art consiste d'un côté à disséminer un minimum de renseignements, ne serait-ce que pour ne pas générer la suspicion et l'antipathie, et d'un autre côté à ne pas divulguer sans discernement les bonnes opportunités existantes afin de ne pas saturer le marché et susciter une compétition insoutenable. Une sélection sociale s'opère à travers les réseaux de relation : pour être intégré et accepté dans un site d'orpaillage, il convient de connaître quelqu'un au préalable qui sera à-même de vous recommander. Plus encore, le fait d'avoir cohabité harmonieusement avec des personnes constitue un passeport pour pénétrer sans encombre dans d'autres sites où le nouvel arrivant va bénéficier d'un appui. La compétition pour les meilleurs endroits reste ardue. Et l'installation dans les lieux où il est concevable de rester en famille encore plus. La concurrence est particulièrement emblématique des zones d'orpaillage en Amapá qui après avoir connu leur époque de gloire ont vu baisser leur production considérablement pour n'être parfois que des ersatz du passé (São Lourenço, Calcoëne, Vila Nova, etc.). Mais là encore, le mythe est tenace. Il transcende la réalité et les espoirs de trouver le filon ne s'amenuisent pas facilement : régulièrement de nouveaux migrants arrivent, à tel point que les communautés locales de chercheurs d'or s'organisent en coopérative ou en association à moins qu'elles ne se mobilisent collectivement

pour freiner l'incursion des nouveaux arrivants. D'après ce qu'il nous a été donné de voir, ces derniers ne se font toutefois pas rejeter systématiquement sans contrepartie car ceux qui occupent une place savent très bien à quel prix ils l'ont obtenue.

Un autre type de mobilité est la migration « induite ». Il s'agit d'une migration encouragée par des propriétaires en manque de personnel corvéable à merci, réalisée par des mercenaires sans scrupules. Ces intermédiaires, appelés *gatos* et payés au rendement par les patrons, n'hésitent pas à accomplir de longs voyages pour recruter dans des zones pauvres des candidats à la migration. Ils leur font miroiter des possibilités de travail inespérées. Comme ils ne possèdent guère d'économies, des sommes d'argent sont allouées aux paysans et l'engrenage débute ainsi. Ils partent généralement en groupe, le plus souvent en famille afin d'être contraints de rester. Puis ils sont amenés jusqu'au lieu de destination où ils découvrent à leurs dépens la réalité du sort qui les attend. Des moyens dissuasifs sont mis en place pour qu'ils ne se rebellent pas. Il nous a été donné une fois à Macapá de rencontrer en 1999 un groupe d'une trentaine de personnes toutes originaires du Maranhão qui s'étaient retrouvées en état de semi-esclavage à proximité d'une petite ville du nord de l'Amapá. Ils étaient restés plus de cinq mois sans avoir la possibilité de quitter l'enceinte de la *fazenda* où ils étaient détenus comme travailleurs forcés, vu qu'ils n'avaient pas remboursé la dette de leur voyage qui ne cessait de s'accroître en dépit du travail épuisant qu'hommes, femmes et enfants devaient fournir. La fuite d'un des hommes et la dénonciation de l'abus du propriétaire aux services sociaux de la capitale permit de mettre un terme à la rétention collective. Cet épisode n'est pas unique et les journaux du Pará autant que les médias nationaux font régulièrement état de telles formes modernes de féodalisme. Mais les scandales ponctuels qui s'en suivent n'empêchent pas la persistance de ces abus.

En contrepoint de ces migrations induites, il existe des mouvements de population d'un État à l'autre qui sont le fuit de décisions politiques planifiées. Le cas des familles pauvres du Maranhão encouragées par leur propre gouvernement à se rendre en Amapá fournit un exemple illustratif de cette situation. Alors que dans le Ceará voisin des politiques de rétention migratoire ont été mises en place par les autorités afin d'inciter les paysans à vivre en milieu rural (Neves, 1996), c'est tout le contraire qui se passe au Maranhão. Pour mieux comprendre la situation, il importe de souligner le contexte géostratégique qui sous-tend cette politique. Un ex-président de la république, actuellement sénateur en Amapá, est originaire du Maranhão où sa famille exerce les plus hautes fonctions politiques. Sans qu'il y ait d'accords entre les deux États, il existe de véritables filières migratoires délibérément entretenues par les médias à leur solde (Lima, 1999) et toute une série d'intermédiaires qui n'hésitent pas à colporter, en échange de rémunérations confortables, dans divers endroits du Maranhão (quartiers pauvres des villes, milieu rural déshérité) les rumeurs les plus invraisemblables sur le nouvel eldorado. Une personne rencontrée à Macapá se rappelait comment elle avait été séduite par les palabres d'un de ces *gatos* lui assurant que l'ouverture de la zone franche dans la capitale de l'Amapá allait garantir des jours fastes pour ceux comme lui ayant l'esprit d'entreprise et prêts à faire le choix de s'exiler. Une autre à Santana avait reçu dans son village du Sertão la visite d'un homme en camion (*pau de arrara*) venant faire le plein de familles pour travailler dans une manufacture d'alimentation. Dans les deux cas, les candidats au départ recevaient en plus du voyage gratuit un petit pécule modeste pour distribuer à la parenté restant sur place mais aussi pour subvenir aux besoins des migrants à l'arrivée. Ces filières sont organisées et politisées en ce sens qu'arrivant depuis Belém à Santana par bateau, les individus sont accueillis par une association de migrants qui n'est rien d'autre qu'une cellule du parti politique de l'ancien président de la République, réservée quasi-exclusivement aux gens du Maranhão. Ces formes de migrations encouragées et organisées grâce à une structure efficace relèvent donc d'une double stratégie : d'une part elles permettent de désengorger un milieu rural surpeuplé du Nordeste et d'éviter l'afflux incontrôlé vers la capitale São Luis ; d'autre part, elles renforcent par allégeance à un réseau coordonné de l'extérieur et contrôlé de l'intérieur (et dont les migrants s'estiment redevables), la présence d'un parti politique qui table sur les nouveaux venus pour augmenter son capital d'électeurs.

Les migrations internationales représentent une alternative aux restrictions du marché local du travail et constituent le prolongement des migrations internes. Bien souvent en effet, c'est au terme

d'une série de migrations successives que l'idée de franchir la frontière pour se rendre en Guyane voit le jour. Cependant, comme il va être montré par la suite, il serait inapproprié et absurde de percevoir les circulations migratoires internationales du seul point de vue de la recherche d'un travail et de motivations purement économiques. Le désir de regagner la parenté, de rejoindre sa famille, de rechercher une solution plus efficace à ses problèmes de santé, d'apprendre une langue pour recevoir une formation, de donner à ses enfants la possibilité de faire des d'études de meilleure qualité, mais aussi le manque de perspectives affectives et sociales dans son environnement immédiat ou encore la volonté de quitter son pays que l'on sent englué dans les miasmes politiques sont autant de raisons concomitantes pouvant générer des départs. La migration hors du Brésil depuis le Nord revêt un caractère spécifique très différent de celui décrit par des auteurs à propos des Brésiliens qui se rendent en Amérique du Nord (Margolis, 1993 & 1996 ; Sales, 1995, 1998 & 2000 ; Martes, 1996 ; Salgado, 2001). A Belém ou Macapá, la destination étrangère qui suscite la majorité des adhésions est la Guyane française, en second recours le Surinam. La proximité géographique aidant, le passage d'un pays à un autre ne représente guère de souci pour les Brésiliens, en dépit des conditions objectives de transport précaire, des restrictions théoriques à la frontière et des conditions de vie clandestine imposées. Les opportunités de travail ne sont également pas les mêmes qu'en Europe ou aux USA (Margolis, 1995). En Guyane, il existe très peu de migration « des cols blancs » et des personnes diplômées, essentiellement en raison du marché saturé contrôlé par les élites locales et des restrictions draconiennes en matière de migration qualifiée. Quelques entrepreneurs ont réussi à percer les marchés locaux, mais ce sont surtout les corps de métiers manuels qui sont recherchés en raison de la pénurie locale : charpentiers, maçons, carreleurs, mécaniciens, réparateurs, manutentionnaires.

Ces considérations aident à préciser certaines particularités significatives pour le déroulement de la présente recherche puisqu'une des hypothèses de ce travail est qu'à des contextes particuliers de migrations correspondent des situations données de vulnérabilité à l'égard de l'exposition au VIH. En premier lieu, les migrations dans le Nord amazonien ne constituent en aucun cas un phénomène irrationnel, irréfléchi et dénué de stratégie. C'est peut-être un truisme qu'il convient malgré tout de rappeler car il va à l'encontre du sens commun qui perçoit généralement certaines formes de migrations comme autant de fuites en avant, des caprices de personnes ne sachant pas ce qu'elles veulent. La migration serait le reflet de personnalités instables qui ne savent pas se fixer et elle serait le vivant témoignage d'un refus d'assumer ses responsabilités familiales. Curieusement, cette dénégation du migrant qui n'en fait qu'à sa tête est paradoxalement reprise par les migrants eux-mêmes qui se réapproprient une partie du discours de la société à leur égard et qui en viennent à valoriser le privilège d'être un homme libre, sans contraintes et maître de sa destinée. Il va de soi que les pratiques sociales offrent une lecture différente des propres représentations que les hommes véhiculent à leur égard. Elles invitent à ne pas se contenter, en ce qui concerne une approche anthropologique, d'adhérer aveuglément aux discours qui pour une large part demeurent des tentatives (légitimes et justifiables) de mise en valeur de la personne, de ses actes et de son accomplissement social et affectif.

En second lieu, les flux migratoires relèvent d'une organisation supérieure à celle imaginée et véhiculée par le sens commun. Face à l'apparent chaos observable dans la plupart des localités sélectionnées, où l'on serait tenté de ne voir que désordre, confusion et imprévisibilité, une analyse plus attentive permet de déceler l'existence de véritables réseaux sociaux y compris là où l'on s'y attend le moins. Ainsi les mouvements des Brésiliens *garimpeiros* en Guyane française sont relativement structurés et ne peuvent se confondre avec une ruée vers l'or incontrôlée ou encore avec une invasion qui s'effectuerait dans la cohue. Les *garimpeiros* qui arrivent à Oyapoque connaissent déjà un parent, un ami, un patron une personne qui les recommande et qui saura les introduire dans un site aurifère. D'autres ont travaillé dans les sites du Pará, du Mato Grosso et de l'Amapá et y ont développé des liens privilégiés avec un propriétaire maintenant installé en Guyane. Ainsi qu'il a déjà été mentionné, le premier quidam venu n'entre pas comme ça et celui qui arrive sans avoir son propre capital symbolique, qui ici dépend de la constitution d'un réseau migratoire, risque d'avoir tout le mal du monde à se faire accepter y compris parmi ses propres concitoyens. Contrairement à l'idée que les Brésiliens savent toujours se débrouiller entre eux, se donner le petit coup de main (*jeito*), on dénomme, avec une pointe péjorative, *aventureiro* (aventurier) celui qui, insouciant, débarque en ces lieux éloignés sans détenir un savoir-faire, une ressource quelconque ou un projet défini.

En troisième lieu, la circulation des hommes est propice à l'établissement et à la création de nouveaux liens sociaux, d'autant plus que les lieux de transit sont composés d'individus seuls ou voyageant en petits groupes formés dès le départ ou durant le cours des pérégrinations. Il est fascinant d'observer dans un petit microcosme comme Oyapoque l'effervescence qui règne dans la ville accueillant chaque jour des dizaines de nouveaux migrants. Dans chaque hôtel, chaque pension, chaque restaurant, chaque boîte et même au coin des rues, une émulation domine et il est frappant de voir et d'entendre parler les nouveaux arrivés entre eux ou avec ceux qui détiennent déjà une connaissance préalable des lieux. Tout le monde raconte son histoire, parle de son expérience précédente, spécule sur le passage en Guyane, parie sur une opportunité de travail, tente de raffermir les réseaux qu'il a élaboré, et se plaît à imaginer ce qu'il fera après, une fois l'argent en poche. Des relations s'établissent en fonction des affinités ou des intérêts du moment. Les hommes esseulés se confient à des jeunes femmes également en quête d'une autre vie ou d'un gagne-pain facile. Des amitiés se nouent dans ce contexte stimulant mais tout de même inquiétant et parfois dangereux. L'argent épargné avant d'arriver au terme du voyage est souvent faible dans la mesure où l'on ne sait pas exactement combien de temps il faudra attendre avant de commencer à travailler. Les risques ne sont pas exempts : l'arnaque, la violence, le vol et le meurtre prémédité font parti des règles du jeu, sans parler des probabilités de refoulement une fois sur le territoire français, de la déconvenue suite à un emploi miroité qui révélera l'envers du décor. L'aléa de la maladie assorti d'une alimentation sommaire qui fragilise les corps constitue un événement particulièrement redouté et l'on craint essentiellement le paludisme, les fièvres, les fractures et les entorses car ce sont des pathologies paralysantes qui empêchent de travailler. Le sida, on y reviendra en détail plus loin, est quelque chose que l'on sait dangereux mais qui pour beaucoup demeure abstrait car il implique une projection dans l'avenir. Dans ce milieu incertain et pas toujours solidaire d'hommes et de femmes éloignées de leur famille, on évite d'en parler afin de conserver une certaine distance envers le risque épidémique.

En quatrième lieu, une série de migrations revêt un caractère saisonnier. Pour ceux qui se rendent en Guyane, les stratégies d'implantation durables restent rares. Les membres de la famille élargie forment un grand réseau au sein duquel se tissent et se délient des liens de proximité, d'où la tendance des migrations en chaîne : un membre de la famille part en éclaireur ou va rejoindre des connaissances qui l'aident provisoirement à se loger, à trouver un endroit pour bâtir une simple maison de bois. Une fois envisagées les possibilités de stratégie quotidienne de survie, d'autres personnes de la famille peuvent venir s'adjoindre. La fluidité des mouvements au sein de la famille dans les classes populaires fournit à celle-ci une configuration originale sans cesse renouvelée. Ajoutons à cela les formes de mobilité spatiale ponctuelle, occasionnelle, régulière et irrégulière qui aboutissent à une variété de mouvements internes et internationaux avec la Guyane française et le Surinam. Hormis les *garimpeiros*, certains s'y rendent de façon très ponctuelle pour réaliser une affaire, visiter une connaissance, éventuellement repérer les lieux afin d'y revenir plus tard, à moins que ce ne soit tout simplement pour connaître et découvrir de nouveaux horizons. Signalons que le repérage des lieux est une démarche fréquente : elle signifie qu'une partie des migrants ne part pas impunément mais procède par tâtonnement.

Structures familiales et migration

Les remarques précédentes sur la parenté invitent à considérer le rôle de la famille dans le processus migratoire individuel ou collectif et inversement l'impact de la migration sur les structures familiales. En effet, une étude sur les relations entre sida et migration ne peut faire l'économie d'une analyse des rapports qui dominent au sein de la famille, entre adultes et enfants, entre aînés et cadets et surtout entre hommes et femmes puisque c'est de la nature et de la qualité de ces rapports que va dépendre l'investissement affectif de la personne qui à un moment donné de sa vie se retrouve séparée de sa famille, et livrée à elle-même.

Parenté, circulation des enfants et rapports de sexe

Le modèle prédominant de la famille populaire que l'on retrouve en ville et dans une moindre mesure en milieu rural ne se présente pas comme une unité domestique aux contours nettement délimités, autonome et autosuffisante, avec des rôles précis impartis en fonction de la place occupée dans la parenté. Il s'écarte du modèle de la famille nucléaire occidentale centrée sur les deux parents et leur progéniture, quand bien même ce modèle peut exister essentiellement en zone forestière comme au sein des couches sociales moyennes et supérieures. D'une manière générale, la composition des familles d'origine modeste reste souple et peut même s'étendre à des individus, de tous âges confondus, sans appartenance à la parenté biologique. Un foyer peut très bien abriter une mère avec son enfant, un oncle maternel et son épouse, une cousine, un neveu, le grand-père de ce dernier et une jeune fille « adoptée » pour s'occuper des tâches domestiques. Les combinaisons sont infinies et les enfants ne demeurent pas systématiquement à la charge de la mère biologique. Cette dernière peut très bien les laisser chez le père dont elle est séparée. A l'occasion, ce dernier les donnera à garder à ses parents, une tante ou des amis. Loin de donner l'impression d'un fouillis inextricable, cette grande souplesse dans la composition familiale témoigne d'une nécessaire adaptation aux contraintes de vie nécessitant de se « serrer les coudes » en situation économique incertaine, aggravée par la crise du logement ne permettant pas aux individus de vivre chacun de leur côté. Ce type original de famille élargie résulte également de la fréquence de la mobilité de ses membres. Loin d'être stable dans le temps, de nouvelles personnes viennent se greffer, d'autres partent puis reviennent, tandis que certains s'en vont définitivement. Les ruptures d'alliances concourent à augmenter le phénomène. Il se met en place un système élastique de rotation et d'alternance, ouvert aux allées et venues des individus. S'il est inévitable que des tensions éclatent dans des habitations surpeuplées, chacun y trouve néanmoins des compensations : la jeune femme qui est hébergée se verra en échange attribuer la responsabilité de l'intendance, une nièce venue faire ses études s'occupera des enfants durant son temps libre. A ce titre, les dynamiques familiales facilitent la mobilité des individus et inversement celle-ci renforce la flexibilité des structures familiales. Celui qui part sait non pas qu'il sera remplacé au sens strict du terme (quoiqu'il puisse y avoir des surprises lors d'un retour imprévu !) mais qu'une ou plusieurs personnes rempliront ses obligations sociales et familiales. La substitution peut faire l'objet de préméditation : un jeune couple fait appel à une tante vivant seule avec son enfant avant que l'homme ne parte explorer les possibilités de travail dans les sites d'orpaillage. Au bout du compte, on obtient souvent un solde migratoire positif : un départ temporaire génère la migration de deux nouveaux-venus qui résideront désormais au sein du foyer. En ce sens, la migration sélective n'est pas une fuite mais une résistance, elle témoigne d'une volonté commune de rester en envoyant un membre de la famille chargé de ramener l'argent.

Dans ce contexte de mouvement incessant des individus au sein du foyer, les enfants s'habituent très tôt à passer de main en main, à être pris en charge qui par les grands-parents, qui par une tante maternelle, qui par les frères et sœurs aînées, qui par une voisine, à moins qu'ils ne soient envoyés en pension dès leur plus jeune âge chez de la parenté qui dispose de ressources suffisantes pour les élever ou, mieux encore, qui n'a pas d'enfants. Ces adoptions, extrêmement fréquentes, se pratiquent de façon informelle et débordent le cadre de la parenté élargie : nombreuses sont les familles urbaines qui désirent des enfants supplémentaires, et pour ce faire concluent un accord avec des familles modestes qui leur concède un ou plusieurs de leurs rejetons en échange de quoi la famille d'adoption s'engage de pourvoir à l'éducation scolaire, à faciliter l'insertion professionnelle s'ils dans le cas de jeunes adolescents. Le parcours d'Anita évoqué dans le premier chapitre constitue une parfaite illustration de cette alternative. Cette adoption peut très bien revêtir un caractère temporel, limité à quelques années voire seulement à quelques mois, mais elle reste la plupart du temps partielle et inachevée : les enfants sont autorisés à revoir leurs parents d'origine et partagent ainsi leur vie d'un foyer à l'autre, sans forcément que les deux familles se fréquentent ni se connaissent.

Sans rentrer dans le détail d'une analyse sur les rapports entre les sexes qui seront débattus au fur et à mesure de l'avancement de travail à partir de cas précis, il n'est pas inutile du nuancer d'emblée les propos classiques repris impunément dans de nombreuses études évoquant la perpétuelle subordination des femmes par rapport aux hommes (Incão, 1995 ; Pereira, 1996 ; Debiaggi, 1996). Loin s'en faut de remettre en question les rapports hiérarchiques entre les sexes, mais encore est-il nécessaire de rappeler qu'en de nombreuses occasions la femme exige de l'homme un comportement

de type macho (Bourdier & Cardoso, 2002). Exiger n'est probablement pas le mot exact, puisque la société impose des modèles qui dépassent le cadre privatif des relations interpersonnelles intimes. A cet effet, la compagne attend que l'homme remplisse certains rôles et assume des responsabilités qui lui échoient, à commencer par pourvoir un certain réconfort matériel, social et affectif censé la protéger des aléas de la précarité de la vie quotidienne. Le statut du mari protecteur, récurrent en Amazonie brésilienne, implique en contrepartie le droit de l'homme à l'autorité, la jalousie, l'exclusivité, voire à la sensation de propriété à l'égard d'une femme. Plus encore, le déballage de ces sentiments d'orgueil marque le sceau de la virilité masculine. Inversement celui qui ne les déploie pas risque de se faire accuser de légèreté, d'insouciance, d'irresponsabilité, de faiblesse, de mollesse, de femmelette. Tout se passe comme si l'homme avait *de facto* un devoir (et non pas seulement un droit) de contrôle sur la femme largement supérieur au droit que la femme peut se permettre d'avoir sur lui. Si l'on regarde de plus près, le droit et la liberté de la femme à l'égard de son mari diffèrent en nature et non pas en degré. L'homme accepte de lui concéder une parcelle de ses prérogatives en fonction de son bon vouloir, s'il voit qu'il est soutenu par son environnement social. Ces représentations et ces pratiques méritent néanmoins d'être relativisées dans le cadre d'une analyse scientifique qui ne peut se satisfaire d'une interprétation basée sur le discours réflexif des acteurs sociaux. Michel Foucault nous invite à nous rappeler que le contrôle imprègne également celui qui est contrôlé d'une telle façon que la personne acquiert elle-même la perception de celui qui le contrôle (1987). Il n'en reste pas moins que, à défaut de parler de complicité dans les relations de pouvoir entre les hommes et les femmes, ces dernières négocient leur liberté à l'intérieur d'un cadre de références possibles et pensables dans la société dont elles sont issues. A ce titre, la société amazonienne ne conçoit pas le couple en tant que partenaires équivalents et égaux, mais les inscrits dans une hiérarchie qui, sans être rigide, assume aux hommes une certaine suprématie. Une enquête récente non publiée mais largement diffusée dans les médias durant la période présidentielle de 2002 stipulait l'existence dans le Pará de plus de 300 000 familles monogames : cela signifie qu'un grand nombre de femmes célibataires, séparées, divorcées, veuves ou en l'absence prolongée de leur mari se considèrent chefs de famille et assument les responsabilités qui incombent généralement à l'homme.

A Macapá comme à Belém, force est de constater que l'entrée dans la sexualité est précoce pour les deux sexes. L'âge moyen de la première grossesse est inférieur à 18 ans dans le Pará, et plus de 20% des gestations surviennent avant 15 ans d'après les sources d'un journal religieux publié par l'Église Universelle[14]. Les jeunes femmes enceintes évoquent dans leur grande majorité la maternité comme un temps fort pour leur reconnaissance sociale. Une naissance confère à la future mère des responsabilités et un statut social, en dépit de l'absence du père biologique. C'est une étape majeure dans son évolution : indépendamment de son âge, elle n'est plus un enfant ou une adolescente et peut revendiquer non pas son indépendance familiale mais une position différente en son sein. Il n'en reste pas moins que les jeunes filles restent conscientes de l'évanescence des relations amoureuses et des limites de la capacité du partenaire à assumer son rôle du père et de compagnon fiable, eu égard aux scènes journalières se déroulant dans la famille, le voisinage et le milieu social. Mais l'éventualité d'une relation stable, susceptible d'apporter un minimum de sécurité dans la vie de tous les jours, représente un enjeu important qui vaut la peine d'être tenté. Le danger de se retrouver seule avec un enfant est un risque à prendre, surtout quand on sait que la famille est derrière. L'acceptation de ce risque surpasse ceux liés à la santé et à l'éducation dont les conséquences sont davantage prises à la légère. Par exemple, une adolescente scolarisée perçoit rarement les difficultés d'articulation entre grossesse et études. La capacité d'adaptation est remarquable et l'ordre des priorités peut très bien s'inverser. La maternité passe en premier. L'école est interrompue mais peut recommencer plus tard, quitte à s'interrompre de nouveau lors d'une seconde grossesse avant de recommencer ultérieurement. Cela ne signifie aucunement que chaque jeune femme développant une relation intime se montre désireuse d'avoir en enfant et déploie une stratégie adaptée pour maintenir une relation avec un conjoint en qui elle donne sa pleine confiance, mais cela montre à quel point les rapports sexuels sont acceptés comme faisant partie du cours « naturel » de la maturation des individus et valorisés à la fois au niveau individuel et au niveau collectif dans la mesure où ils relèvent du processus d'intégration sociale de l'adolescent. Il va de soi que la dynamique de ces interactions dépasse les limites des

[14] Folha Universal, 20 octobre 2002.

agglomérations de Belém et de Macapá, et trouve un terreau d'éclosion favorable en bien d'autres lieux, dont les villes secondaires comme Laranjal, Santana et Oyapoque fournissent d'autre exemples en Amazonie orientale.

Une autre particularité intéressante repérée chez les hommes itinérants réside dans la propension à avoir des enfants dispersés dans les quatre coins du pays. Cette valorisation de la dissémination de la progéniture se justifie par le fait que chaque enfant représente, en plus d'un soutien affectif, un lien social potentiel dans un lieu géographique précis. Ils constituent des points de repères, des appuis psychologiques qui un jour où l'autre peuvent servir. Le raisonnement allègue que plus on a d'enfants, plus il y a de chances que dans l'avenir au moins un d'entre eux puisse s'occuper du père, même si ce dernier a très peu connu son fils. Mais comme le disait un commerçant ambulant à Oyapoque, « un enfant, principalement un fils, ne peut oublier son géniteur car il lui doit la vie ». Sentence un peu lapidaire mais qui en dit long sur les représentations de la paternité dans le contexte brésilien. Ce « patrimoine de filiation » représente un capital symbolique extrêmement puissant (Bourdieu, 1992). Il ne constitue pas seulement une manière d'asseoir un statut social mais une façon de s'assurer des garde-fous. Ainsi, dans un contexte de migration quasi-permanente, les enfants ne sont pas perçus comme une force productive mais comme un placement pour l'avenir, pour la retraite.

Impact des flux migratoires sur les dynamiques sociofamiliales

Un des phénomènes migratoires majeurs réside dans l'importance grandissante du contingent de population venant s'installer en milieu urbain. Nous n'insisterons pas sur ce point déjà discuté ailleurs (Aragon, 1986 ; Beker, 1991 & 1995). Pour notre propos, il est plus intéressant d'en envisager les conséquences. Les politiques de la ville ne peuvent répondre à la demande, et tentent de favoriser la création d'associations de quartiers mais ces dernières ne donnent pas les résultats escomptés. La ville de Macapá avait tenté de constituer une division des migrations à la fin des années 1990. Laissé sous la responsabilité d'un homme courageux mais livré à lui-même et ne disposant d'aucune infrastructure, encore moins de crédits et de lignes d'action directrices, le Bureau est rapidement tombé en désuétude pour s'ajouter à la liste des organismes fantômes de l'État. La situation ne se présente pas mieux au Pará où il n'existe aucune structure dirigée vers les migrants. Seuls les programmes de logement, de santé et d'éducation sont censés tenir compte *à peu près* des nouveaux arrivants afin de garantir l'accès à ces nécessités de prime importance. Ce que l'on est en droit de douter quand on parcourt certains quartiers d'habitations spontanées où les institutions ne fonctionnent pas ou tombent en désuétude : centres de santé sans médicaments cumulant un taux d'absentéisme record des professionnels de la santé, écoles délabrées manquant cruellement de place et d'instituteurs qualifiés, maisons-taudis construites à la sauvette sur des terrains inondables. Dans ces conditions que les gens n'ignorent pas avant d'arriver, vu qu'ils sont généralement avertis des vicissitudes qui les attendent, ils n'ont d'autres alternatives que de lutter et gérer leur installation dans la cité. Dans un tel contexte, les migrations en chaîne sont fréquentes car aisées à mettre en place étant donné la souplesse des structures familiales. Ceux qui ont déjà de la parenté en ville se font héberger le temps nécessaire pour qu'ils puissent trouver un abri particulier. Le plus souvent dans les quartiers pauvres aux maisons exigus, une baraque sommaire adjacente à la première est construite pour recevoir les nouveaux arrivés. On partage s'il le faut une pièce commune. Les autres membres de la famille migrante peuvent ensuite arriver. Une autre stratégie déployée par les familles vise à s'éparpiller géographiquement afin de multiplier les chances de travail et la recherche de cadres de vie acceptables. Les probabilités de trouver un emploi pour toutes les personnes en âge de travailler étant considérablement réduites, la famille se disperse. Par exemple, le père reste s'occuper de la terre ou conserver son emploi rural, le fils habite dans un autre centre urbain, tandis que le reste de la famille - mère et jeunes enfants - s'installe en milieu urbain. Par le jeu des relations sociales et familiales, la femme s'efforce de trouver une activité pour elle et le cas échéant pour son mari qui viendra la rejoindre une fois un activité proposée. Les migrations groupées existent bien entendu mais sont davantage risquées, à moins que la famille n'ait plus rien à perdre et ne dispose d'aucune ressource, ce qui est un cas de figure n'ayant malheureusement rien d'exceptionnel.

En second lieu, les mouvements vers la ville ne sont pas asymétriques et il arrive que des familles récemment implantées se montrent désireuses de repartir. Rebrousser chemin ou tout recommencer à zéro n'est facile et s'avère plus compliqué que de venir en ville où il y a toujours moyen d'effectuer de menus travaux, *fazer bico*. Mais là encore, le choix de quitter son bidonville, son univers délétère et son milieu corrupteur répond au souci de s'ouvrir à d'autres perspectives sociales et de nouveaux horizons géographiques. La ville est loin de plaire à tous les habitants et, en dehors du fait que le travail officiel est rare, sous-payé et peu motivant, la décision de prendre la route, de tenter sa chance constitue une voie de sortie. Il s'agit dans la plupart des cas de mobilités provisoires et saisonnières, bien que d'une certaine façon les individus qui partent seuls font office d'éclaireurs : prêts à signaler à la famille et aux amis les opportunités de les rejoindre. La violence urbaine peut aussi conduire à l'expatriation de personnes préférant fuir un milieu dangereux où ils ne veulent pas voir leurs enfants grandir. D'autres peuvent être victimes d'éviction s'ils habitent des zones interdites. Les migrations internationales vers la Guyane française constituent un prolongement de ces mouvements d'une population essentiellement urbaine vers la forêt ou le littoral guyanais. Mais il est exagéré d'affirmer que ce sont les plus pauvres qui migrent, comme cela a pu être avancé sans aucune vérification (Zecchini, 2001 ; Taubira-Delannon, 2000 ; Santos Gomes, 1999). Dans les sites d'orpaillage comme dans les agglomérations guyanaises, ce sont avant tout les plus débrouillards, ceux qui ont acquis un savoir-faire, disposent d'un esprit d'initiative et des meilleurs réseaux qui migrent en priorité. Quelques hommes impliqués dans le commerce ou des activités très lucratives séjournent en Guyane pour amasser un pécule en peu de temps et reviennent dès qu'ils le peuvent chez eux.

En troisième lieu, des profils migratoires différenciés s'observent en fonction des sexes. Les hommes ne bénéficient pas des mêmes opportunités de travail que les femmes et sont par conséquent amenés à fréquenter des lieux différents même si, dans le cas des chercheurs d'or et des femmes qui les suivent (partenaires, prostituées, etc.), ils se rejoignent pour exercer leurs activités mutuelles. Les hommes ont davantage tendance à se rendre seuls dans des zones où le travail est pénible et où la femme n'a pas toujours sa place : *assentamentos*, exploitations de bois, travaux itinérants dans la forêt, gisements de minerais. Mais d'une manière générale, et c'est ce qui importe pour élucider les comportements migratoires selon les sexes, les migrations des femmes en ville diffèrent de celles des hommes en plusieurs points. En ville, leur principale caractéristique est d'être plus rapidement définitives et de ne pas répondre au seul impératif économique, contrairement aux hommes qui changent plus facilement de domicile, de ville et sont plus enclins à entreprendre de longs trajets par étapes successives. Le déplacement des femmes répond à une double nécessité : acquérir une autonomie par rapport à son milieu d'origine tout en espérant trouver une source de revenus ou un appui affectif. Si l'objectif peut s'avérer similaire pour les hommes, les femmes ne sont pas en butte aux mêmes contraintes que les homologues masculins. En dépit d'une relative égalité entre les sexes si on la compare à celle des pays d'Afrique ou d'Asie, les femmes se voient confrontées au mode de vie urbain et s'y adaptent au point de voir leurs rôles sociaux évoluer (participation au travail rémunéré, contribution à la vie de quartier), tandis que les devoirs individuels (place de la femme dans la famille, activités dans la maison) qui leur incombent évoluent moins vite. Pour reprendre les réflexions de Laurent Vidal à propos des femmes africaines (1995), il existe une nette frontière entre les initiatives des individus qui visent à créer des ruptures avec une situation antérieure devenue monotone ou insoutenable et la permanence des rapports hommes/femmes qui obligent les unes à composer avec un système établi par les autres.

Chapitre 3

La progression de l'épidémie à VIH

(Frédéric Bourdier)

Avant de se pencher sur les dynamiques sociales et spatiales du sida associées aux migrations et d'examiner les réponses institutionnelles et populaires face à l'épidémie, il est indispensable de dresser un bilan épidémiologique dans la région Nord amazonienne.

La diffusion du sida dans le Nord amazonien

Les premiers cas de sida au Brésil furent identifiés en 1982 dans les Régions Sud et Sudeste, à São Paulo et Rio de Janeiro. Selon les premières investigations épidémiologiques, la maladie se concentra les premières années chez la population homosexuelle, blanche, urbaine et de classe aisée. Le sida augmenta à un rythme de 35% par an durant la première décade (Santa Cruz, 2001), avec en moyenne un total de 31 nouveaux cas par jour pour la seule agglomération de São Paulo. Très rapidement, les hôpitaux non préparés à recevoir les malades ne disposèrent pas suffisamment de lits dans les centres les plus touchés à l'instar du port de Santos et des métropoles sudistes. A cela, vinrent s'ajouter les réticences et les craintes du personnel soignant y compris des docteurs n'ayant pas de formation pour prodiguer les soins aux personnes atteintes.

En dehors de la contamination par voie sexuelle, la transmission par voie sanguine d'abord chez les hémophiles puis chez les usagers de drogue intraveineuse était au début confinée dans les régions Sud et Sudeste. Le taux de personnes contaminées par différentes sortes de transmission sanguine (depuis les hémophiles et les hospitalisés jusqu'aux usagers de drogue) s'élevait à 62% en 1986 pour ne plus représenter que 0,9% en 2000. Ce n'est que depuis très récemment que les États du Nord s'inquiètent de cet aspect de l'épidémie qui jusqu'à présent n'avait guère retenu l'attention. Pourtant les zones périphériques de Belém (Ananindeua, Marituba, Icoaracy) et les deux ports de Santana et Laranjal do Jari (Amapá) sont des routes empruntées par des narcotrafiquants (pour la cocaïne et l'héroïne). Il est de plus en plus prouvé que l'usage d'autres drogues injectables comme les amphétamines que l'on obtient sans ordonnance en pharmacie ne relève pas de l'exception (ironie du sort : l'entreprise qui régit la plupart des pharmacies belémoises et de sa périphérie serait impliquée dans une histoire de blanchissement d'argent !). Une des premières caractéristiques visibles est la disparité de la vitesse de diffusion de l'épidémie au sein des 27 États. Le tableau ci-dessous montre les différences les plus significatives entre quelques États durant la seconde phase de l'évolution de l'épidémie qui correspond au moment où l'épidémie s'est développée et généralisée dans l'ensemble du pays.

Les États du Sud qui détiennent le plus grand nombre de cas de sida déclarés sont aussi ceux qui concentrent la plus importante population et les plus grandes métropoles. Néanmoins, ils accusent une plus forte prévalence (Cohn, 1997 ; Dhalia, 2000). Si l'on veut retracer très schématiquement la propagation et l'orientation de l'épidémie à l'échelle nationale, on observe un foyer initial à partir des

mégalopoles urbaines du Sudeste qui se dissémine dans la Région du Sud (Rio Grande do Sul, Paraná) puis dans la Région du Centre (Brasilia, Goías) et plus tard dans la Région Nordeste (Bahia, Maranhão, etc.) pour enfin apparaître au début des années 90 dans la Région Nord (Pará, Amapá, Amazonas, etc.). Actuellement – à partir des données 2000 - 59% des 5057 districts (la plus petite division administrative de l'État) du pays ont recensé des cas de sida. La figure 1 représente l'évolution de la diffusion géographique du sida : chaque point signifie la présence d'au moins un cas de sida notifié dans le district. Le gouvernement fait état en juin 2000 de 190 949 cas de sida déclarés dont 6750 sont des enfants, 139 502 des hommes et 44 697 des femmes (Brito et al., 2000). Le taux d'incidence pour tout le pays est passé de 8 pour 100 000 habitants en 1991 à 13,7 pour 100 000 en 1998. La propagation du sida est toujours alarmante dans les ceintures urbaines qui représentent les foyers de l'épidémie. Mais au-delà du fait de toujours présenter les taux d'incidence les plus élevés, la région Sudeste affiche maintenant un moindre rythme de croissance et une meilleure tendance à la stabilité.

Tableau 2 : évolution des cas notifiés de sida par année dans sept États (1990-1997)

État/année	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Amapá	1	3	8	1	6	18	18	30
Pará	42	68	91	119	154	196	175	35
Maranhão	53	74	75	98	99	125	155	150
Bahia	203	284	328	361	314	293	414	504
Rio de Janeiro	1472	1707	2077	2160	2189	2201	2495	2305
São Paulo	4797	6181	7739	8282	8587	9014	8949	6979
Rio Grande S.	451	669	694	925	1105	1072	1306	1504

Source : IBGE, 1998, Annuaire statistique brésilien

L'analyse de la propagation de l'épidémie à VIH suivant la taille des villes et des municipalités montre clairement que l'épidémie qui a surgi dans les grands centres augmente moins rapidement dans les dites métropoles alors que les moyennes et petites villes sont de plus en plus concernées par une augmentation rapide du nombre de cas de séropositivité. La dynamique de la dissémination spatiale de l'épidémie montre au bout du compte que les villes de moins de 50 000 habitants rentrant dans la catégorie des petites municipalités méritent une attention spéciale pour les politiques de prévention et de dépistage à venir. Ana Maria de Brito (2001) révèle à ce titre que les taux moyens d'incidence par quantité de population (c'est-à-dire en fonction du nombre d'habitants) divergent sensiblement. Les taux font plus que doubler dans les municipalités où les villes ont moins de 50 000 personnes et doublent presque pour les villes comprenant entre 50 et 200 000 personnes. Ensuite, plus les villes sont grandes, moins les taux moyens d'incidence croissent rapidement, même s'il convient de rappeler que ce sont les métropoles qui détiennent malgré tout les plus fortes incidences moyennes. Ce phénomène mériterait de recevoir une meilleure attention dans les États du Nord où des villes comme Castanhal, Marituba, Ananindeua, Tucurui, Laranjal do Jari, Santana et Oyapoque identifient de plus en plus de cas de séropositivité. Le milieu rural et forestier n'est pas épargné. On parle *d'intériorisation* de l'épidémie. Dans le Pará par exemple, il ne se passe pas un mois sans que des

personnes originaires de bourgades reculées se fassent dépister séropositifs et soient cadastrées au centre de référence de Belém. Les populations indigènes sont parallèlement concernées par le sida : 36 cas officiels sont répertoriés en 2001, principalement dans les Régions Centre et Nord. Dans ce dernier cas, les populations vivant à proximité des zones de frontières sont particulièrement concernées (Leonardi, 2000).

Un autre aspect fondamental de l'épidémie est l'évolution de son incidence chez les femmes et les enfants et sa dissémination banalisée chez les populations économiquement faibles. Le sida n'est plus la maladie urbaine des homosexuels, des riches et des blancs comme le rappellent à juste titre les décideurs mais la maladie de tout le monde. En 1984, 71% des cas notifiés étaient des hommes définis comme homosexuels ou bisexuels. En 1999-2000 ce groupe ainsi balisé ne représentait plus que 16% des cas totaux. Pareillement, il y avait une femme contaminée pour 24 hommes en 1985, 15 en 1986, 6 en 1990, 4 en 1993, 3 en 1995 et 2 à partir de 1997. On estime parvenir à un ratio similaire d'ici quelques années. Or un ratio qui se rapproche de 1 signifie, d'après les critères de l'épidémiologie, une généralisation de l'épidémie dans toute la population.

Les données officielles, accessibles sur le site du gouvernement (www.aids.gov.br), montrent que les catégories sociales les plus exposées sont aussi celles connaissent les conditions de vie les plus difficiles, dans les quartiers démunis, dans les favelas et dans les zones périphériques où les migrants se retrouvent entassés dans des habitations extrêmement précaires. Utilisant la variable éducation/alphabétisation comme critère implicite de référence à la pauvreté et à la situation socio-économique, plusieurs auteurs ont noté la tendance de plus en plus forte à associer les nouveaux cas de sida à une population détenant un niveau d'éducation primaire ou tout simplement analphabète. Au début des années 80, 76% des personnes vivant avec le virus disposaient d'un niveau d'éducation moyen ou supérieur contre 24% seulement ayant un niveau plus bas. A partir des années 90, la tendance se renverse avec une plus forte proportion de cas notifiés chez les femmes que chez les hommes analphabètes (Fonseca *et al.,* 2000). La prise en compte de tels écarts entre les sexes et les individus n'ayant pas reçu une éducation au-delà des huit années du primaire se traduit par une série de disparités sociales et régionales. Les États du Nordeste et du Nord, y compris ceux du Pará et de l'Amapá (bien que pour ce dernier le nombre restreint de cas dépistés de sida incite à la prudence) accusent une plus forte corrélation entre les variables sexe et éducation. Là encore, les femmes analphabètes seraient plus réceptives que les hommes face au sida.

Ces considérations, sur lesquelles nous reviendrons plus amplement dans une perspective sociopolitique quand vont être passées en revue les stratégies de lutte contre le sida, amènent le gouvernement brésilien à souligner le caractère hétérosexuel, ainsi que l'émergence de l'intériorisation, de la féminisation, de la paupérisation de l'épidémie. La vulnérabilité accrue des femmes fur évoquée dès 1993 (Goldstein, 1994) puis la banalisation et sa paupérisation de l'épidémie furent reconnues à partir des années 1994 (Kalishman, 1994). Tout se passe comme si le sida était parti du haut de la pyramide sociale du pays, en se restreignant à des catégories de personnes à risque pour se diffuser progressivement à l'ensemble de la population, avant de se répandre majoritairement chez les plus pauvres. S'il est indéniable qu'il existe une part de vérité dans cette vision un peu manichéenne dictée par l'application de critères strictement épidémiologiques (identification de groupe à risque, focalisation privilégiée sur ces groupes), il n'en reste pas moins qu'une telle manière de percevoir a priori l'évolution de l'épidémie a des effets pernicieux sur la prévention et les campagnes d'information. En effet l'obtention de données socio-épidémiologique a justement pour objectif majeur cibler les campagnes, de déterminer les orientations de la politique nationale de lutte contre le sida (Fontes, 1997). Le contre-effet ou plutôt l'effet à retardement des campagnes de sensibilisation et de prévention uniquement dirigées envers des catégories de personnes bien définies comme les prostituées, les homosexuels (appelés désormais les hommes qui ont des relations sexuels avec d'autres hommes), les usagers de drogue, les bisexuels, est que les populations qui n'appartiennent pas à ces catégories s'estiment moins concernées par le risque épidémique. Même si les critiques de l'établissement aléatoire de ces groupes à risque sont maintenant reconnues par les décideurs et la grande majorité des professionnels de la santé et que ces « groupes à risque » ne sont

plus les seuls en usage dans les campagnes de prévention, il n'en demeure pas moins que les à-priori persistent auprès de la population. Des entretiens réitérés avec des citadins de Macapá, de Belém ou des gens de l'intérieur de ces États confirment qu'appartenir à une « bonne » famille constitue *en soi* un critère de protection vis-à-vis de l'infection par le virus.

Un regard rapide sur l'évolution comparative de l'épidémie à VIH dans sept États du Nord montre une série de disparités dans une Région inégalement touchée par l'épidémie. Les cas précoces sont apparus dans le Pará en 1985 alors que l'épidémie fut découverte tardivement en Amapá (1988), en Roraima et dans le Tocantins. La prévalence évolue de façon régulière en certains lieux qui sont les plus peuplés et avec les plus fortes densités urbaines (Manaus et Belém). D'autres États fournissent une courbe irrégulière mais tous dénotent une augmentation de l'incidence. Les modes de contamination divergent d'un endroit à un autre : l'Acre, l'Amapá, le Tocantins et le Rondônia accusent une dominante hétérosexuelle, ensuite homosexuelle et bisexuelle puis par transmission sanguine. Le Pará et l'Amazonas développent un taux de contamination par voie homosexuelle et bisexuelle supérieur aux autres États. Les États du Pará et de l'Amapá suivent en certains aspects la tendance générale du pays avec toutefois un décalage dans le temps. Les premiers cas recensés apparurent en 1985 au Pará et en 1988 en Amapá. Dans ce dernier État, le groupe d'âge le plus atteint est celui des 25-34 (entre 1988-2001), mais si l'on considère la tendance récente, il y aurait une baisse sensible de la catégorie d'âge la plus vulnérable. Là encore, les femmes semblent de plus en plus réceptives, tout comme les personnes issues des classes défavorisées. L'Amapá serait-il une réplique en miniature de ce qui s'observe par ailleurs dans le Pará ? Pas vraiment selon les responsables. Ici, la contamination serait en très grande partie hétérosexuelle, avec très peu de risque de transmission par voie sanguine. Par ailleurs, l'épidémie serait moins « injuste » et ne se concentrerait pas autant sur les pauvres. Discours pourtant démenti par l'évolution récente des données reflétant la diffusion en fonction des catégories sociales. La personne type la plus réceptive serait la jeune fille pauvre et analphabète, originaire des bas-quartiers ou venant de l'intérieur, autrement dit celle qui est non préparée à affronter les vicissitudes de la vie urbaine.

Tableau 3 : Distribution de cas de sida et de décès survenus par années de diagnostic, 1988-2000 (jusqu'au quatrième mois), Amapá

Année de diagnostic	Adultes/adolescents			Enfants de moins de 13 ans			Total		
	cas	décès	% décès	cas	décès	% décès	cas	décès	% décès
1988	3	3	100,0	-	-	-	3	3	100,0
1989	2	2	100,0	-	-	-	2	2	100,0
1990	1	1	100,0	-	-	-	1	1	100,0
1991	3	2	66,7	-	-	-	3	2	66,7
1992	7	5	71,4	-	-	-	7	5	71,4
1993	2	2	100, 0	-	-	-	1	2	100,0
1994	5	5	100,0	1	-	-	6	5	83,3
1995	17	8	47,1	1	1	100,0	18	9	50,0
1996	17	12	70,6	-	-	-	17	12	70,6
1997	32	8	25,0	1	1	100,0	33	9	27,3
1998	19	8	42,1	-	-	-	19	8	42,1
1999	34	10	29,4	2	-	-	36	10	16,7
2000	5	1	20,0	1	-	-	6	1	17,6
Total	151	70	46,4	6	2	33,3	157	71	47,3

Source : système d'information d'aggravation et de notifications, Amapá, 2000

En sus des données mentionnées, ajoutons qu'il y eut 27 cas de sida déclaré en 2000 et 46 nouveaux cas en 2001. L'épidémie est localisée dans neuf *municipios* de l'Amapá, principalement ceux qui sont des portes d'entrée de l'État (Laranjal, Santana, Oyapoque). Encore faut-il se rappeler

que 80% de la population vit en zone urbaine et que la concentration du tissu urbain s'étend principalement sur l'axe Macapá/Santana. La troisième ville de L'État, Laranjal do Jari, n'ayant pas de concurrente immédiate derrière elle. En effet, les autres capitales des municipalités n'atteignent pas les 5000 habitants, en dehors d'Oyapoque qui connaît une intensité de transit dépassant parfois sa propre population. Il n'est donc pas étonnant que la grande majorité des cas recensés proviennent d'une des trois cités principales. Sans parler de l'isolement géographique de la plupart des municipalités où il n'y a aucune possibilité de réaliser le test à VIH, quand bien même certains en expriment régulièrement la volonté.

Durant les huit premières années de l'introduction de l'épidémie dans le Pará, le profil épidémiologique révèle des différences sociales comparables à celles repérées en Amapá. La grande majorité des personnes infectées par le VIH viennent des cités : Belém et Ananindeua. Les premières personnes identifiées séropositives appartiennent aux classes sociales moyennes et supérieures, sont éduquées et sont des hommes. Au regard des fichiers du centre de référence de Belém, nombreux sont ces derniers à être désignés comme homosexuels ou bisexuels. L'épidémie s'est ensuite rapidement diffusée dans le Pará, en dépit de la tendance des personnes de l'intérieur ou d'une autre ville à déclarer leur adresse à Belém par crainte d'être identifiés dans leur espace de vie.

Tableau 4 : Distribution de cas de sida et de décès survenus par années de diagnostic, Pará 1985-2001 (jusqu'au sixième mois)

Année de diagnostic	Adultes/adolescents			Enfants < 13 ans			Total		
	cas	décès	% décès	cas	décès	% décès	cas	décès	%. décès
1985	1	1	100.0	-	-	-	1	1	100.0
1986	4	3	75.0	-	-	-	4	3	75.0
1987	9	9	100.0	-	-	-	9	9	100.0
1988	21	20	95.2	-	-	-	21	20	95.2
1989	29	25	86.2	1	1	100.0	30	26	86.7
1990	32	26	81.3	1	1	100.0	33	27	81.8
1991	63	43	68.3	1	1	100.0	64	44	68.8
1992	85	65	76.5	1	1	100.0	86	66	76.7
1993	109	84	77.1	2	2	100.0	111	86	77.5
1994	148	96	64.9	2	1	50.0	150	97	64.7
1995	169	104	61.5	8	1	12.5	177	105	59.3
1996	210	88	41.9	7	1	14.3	217	89	41.0
1997	206	87	42.2	7	2	28.6	213	89	41.8
1998	216	83	38.4	15	-	-	231	83	35.9
1999	149	34	22.8	16	-	-	165	34	20.6
2000	95	25	26.3	11	2	18.2	106	27	25.5
2001(début)	2	2	100.0	1	-	-	3	2	66.7
Total	1548	795	51.4	73	13	17.8	1621	808	49.8

Source : système d'information d aggravation et de notifications, Pará (SESPA), 2001

Dans le Pará, les femmes sont absentes des registres jusqu'en 1987 et continuent à représenter une minorité au cours des années suivantes : une femme pour 20 hommes en 1990, une pour dix en 1992. Leur proportion augmente rapidement par la suite : une pour 8 en 1993, une pour 5 en 1994, une pour 4 en 1996 et une pour 2 en l'an 2000. Hormis l'année 1999, la proportion homme/femme tend à se réduire significativement. Les données en fonction des classes d'âge aussi bien en Amapá que dans le Pará fournissent des indications plus précises. Les tranches intermédiaires sont les plus touchées tandis que les femmes constituent presque la moitié de l'échantillon des hommes, à l'image du profil épidémiologique national. Fait non négligeable, les catégories de personnes après quarante-quatre ans

sont également contaminées par le sida, quoique relativement peu si l'on compare avec les données de la Guyane.

Grâce à l'accès universel à la santé garanti par la constitution de 1988, le Brésil est le seul pays du Sud à adopter une politique d'intervention en matière de soins, et ce en dépit des menaces initiales, des avertissements répétés et des réticences des organisations internationales à promouvoir l'accès aux antirétroviraux à l'ensemble de la population pauvre. A partir de 1996, toute personne brésilienne contaminée eut droit de recevoir la médication (en fonction du comptage des T4, plus tard associée à la charge virale). Les mouvements civiques et les représentants des associations de lutte contre le sida surent se mobiliser et faire pression. Les effets positifs de la distribution des antirétroviraux, y compris des médicaments les plus élaborés (inhibiteurs non nucléosidique, inhibiteurs de protéase), se vérifient dans les données létales. Depuis 1990, 173 983 cas de maladies déclarées ont été répertoriés et 83 481 cas ont abouti à des décès. Les données officielles montrent clairement que le maximum de morts qui s'élève à 10 727 survint en 1995, année de la mise en place du dispositif de soins. L'année suivante, le nombre de décès commença à diminuer significativement, et ainsi de suite les années d'après, pour parvenir jusqu'à moins de 4000 cas de décès pour l'an 2000. Une baisse de la mortalité attribuée au sida se retrouve également à partir de la même date (1995-1996) en Amapá et au Pará, même si elle ne paraît pas aussi significative. Ce dernier État accumula un nombre maximum de 105 décès officiels dus au sida en 1995, pour passer de 90 à 80 à la fin des années 1990.

Alors que les cas de décès ont diminué de plus de moitié en 10 ans, le taux d'hospitalisation dû à des maladies opportunistes est également en baisse. Certaines expertises nationales avancent que les hospitalisations ont été réduites jusqu'à 80% dans certains centres urbains du Centre, du Sud et du Sudeste. Des estimations soigneusement projetées mentionnent 47 000 internements en moins, une baisse de 61% des cas de pneumocystose et de 67% des méningites (Coordination MST/sida, Brasilia, 1999). Le profil de l'épidémie au Brésil suivrait donc davantage celui observé dans les pays occidentaux que celui des pays des Sud. Toutefois, un tel nouveau contour n'apparaît pas de façon aussi évidente dans le Nord du pays.

Pour avoir réduit l'incidence des maladies et la mortalité, le Brésil se propose d'être un modèle à suivre pour les pays pauvres. Et il n'est pas sans tirer légitime fierté de cette position. Sa politique de prévention qui inclut l'accès au dépistage et au traitement remplit d'espoir certains pays du Sud qui espèrent non seulement en tirer des leçons mais voir le Brésil en tant que leadership de la lutte contre l'épidémie dans les pays en voie de développement. Plus récemment, le refus du gouvernement de se conformer aux brevets des médicaments antirétroviraux et de fabriquer et copier lui-même ses propres médicaments lui assure une certaine notoriété au sein des États orientaux-africains, latino-américains et asiatiques qui s'estiment particulièrement victimes d'une dictature économique internationale aux retentissements sanitaires violents.

S'il est certain que le panorama épidémiologique dressé par les décideurs du pays induit des confiances pour l'avenir, il n'en reste pas moins que plusieurs zones d'ombre persistent. Pour n'évoquer que les données officielles, l'épidémie a progressé de 375% dans la région Nord du début des années 80 à 1995. Pour l'instant, on ne constate pas de ralentissement comparable à celui observé dans le Sud. Bien au contraire. Les particularités géographiques et sociales amazoniennes ne facilitent pas la tâche des planificateurs. Sans parler pour l'instant de la prévention et du suivi, il est nettement plus ardu d'élaborer un système de vigilance et de dépistage uniforme dans une région aux populations mobiles, extrêmement dispersées et où le système basique de santé (SUS : s*istemo único de saúde*, système unique de santé) fonctionne de façon très aléatoire.

L'évolution du sida en Guyane française

La Guyane française connaît une situation préoccupante avec 878 personnes sidéennes recensées au 31 mars 2002 (contre 794 au 31 décembre 2000) et des projections qui oscillent entre cinq et dix fois

plus selon les analyses. Les données confirment que l'épidémie est toujours en phase croissante, en dépit du ralentissement éphémère en 1996 grâce aux antirétroviraux, suivi d'une nouvelle hausse à partir de 1998. La décroissance du nombre annuel de nouveaux cas, observée depuis 1995 en Métropole, n'a pas eu la même ampleur en Guyane et l'effet des nouvelles thérapies n'a eu qu'un effet transitoire sur l'évolution de l'épidémie. Le nombre de cas de sida cumulés montre que la Guyane est le département français proportionnellement le plus touché, et le seul où l'épidémie à VIH ne se stabilise pas, avec 30 décès par an à cause du sida rien que dans les trois hôpitaux publics (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent). L'année 2001 fut l'année où furent dépistés le plus de cas d'infection par le VIH depuis dix ans.

Les tendances évolutives de l'épidémie reflètent un nombre de cas dépistés en constante progression. Une augmentation de la prévalence de l'infection par le VIH est observée chez les femmes enceintes (Cisih, 2001). Elle s'élève à 1,6% par an alors qu'elle était de 1,4 en 1999, 1,3 en 1995 et 0,9 en 1993. La région du Maroni habité par les populations marronnes de descendance africaine et les migrants surinamiens semble particulièrement plus touchée que dans le passé. La file active de l'hôpital Saint-Laurent qui regroupait 100 personnes au début 2000 en rassemble 170 deux ans plus tard (dont 4% de Brésiliens), soit une augmentation de 60%. Une centaine de personnes appartenant à cette file active reçoivent le traitement. Cette augmentation est à mettre au compte de l'intrusion du sida chez les populations du fleuve ainsi qu'au taux croissant de jeunes femmes surinamaises et de la Guyana qui, grâce à des réseaux organisés depuis la capitale Paramaribo du Surinam, traversent la rivière pour venir accoucher à l'hôpital de Saint-Laurent. Un dépistage systématique est pratiqué chez les femmes enceintes, sans consentement éclairé préalable. Le nombre de ces femmes qui ne viennent là que pour accoucher, éventuellement dans l'espoir que leur enfant puisse un jour acquérir la nationalité française, concourt parallèlement à l'augmentation du taux de séropositivité, même si la plupart ne sont pas prises en compte dans la file active de l'hôpital et sont renvoyées chez elles.

A la différence du Brésil et de la France métropolitaine, l'âge moyen au jour du dépistage en Guyane reste nettement plus élevé et s'échelonne entre 35 et 41 ans. La différence d'âge entre les sexes est faible, mais d'actualité : elle équivaut à 40,7 ans pour les hommes et de 37,5 ans pour les femmes. En 2000, 305 hommes ont été suivis contre 370 femmes. Le sex-ratio de 0,82 reste stable depuis plusieurs années, bien qu'il était plus bas dans les années 1980. La répartition par tranche d'âge montre en comparaison de la France métropolitaine et du Brésil une incidence extrêmement plus importante chez les sujets de plus de 65 ans qui représentent 16% de la file active. Ce vieillissement semble tout à fait spécifique de la Guyane. Parmi les 675 patients suivis dans tout le département en 2000, soit une augmentation de 16% par rapport à 1999, les deux tiers (448) le sont au CHAR de Cayenne, alors que 105 sont suivis à Kourou, et 137 à Saint-Laurent qui n'est pourtant qu'une petite bourgade de 20 000 habitants. Le nombre de cas de sida pédiatrique a diminué depuis le début de l'épidémie. Avant 1996, ils constituaient près de 10% des cas recensés. Depuis 1998, un seul cas de transmission mère/enfant a été déclaré en dépit du fort taux de fécondité, du suivi incomplet de la grossesse dans les centre PMI et du taux élevé de prévalence du VIH chez les femmes enceintes (1,6%). Pourtant, le nombre d'accouchements de femmes séropositives ne cesse d'augmenter et sur les six dernières contaminations maternofœtales, cinq ont été résorbées par les antirétroviraux.

Tableau 5 : nombre total de cas en Guyane française selon l'âge et le sexe

	femmes	hommes	Total
0-9 ans	24	39	63
10-19 ans	2	7	9
20- 29 ans	69	58	127
30-39 ans	123	192	315
40-49 ans	51	110	161
50-59 ans	32	71	103

60-69 ans	7	30	37
+ 69 ans	3	6	9
Total	311	513	824

Sources : Aides Guyane, 2001

Le principal mode de contamination par voie sexuelle concerne plus de 90% des cas, indépendamment des groupes sociaux et des origines ethniques. Par contre, il n'est pas toujours facile de distinguer la transmission homosexuelle de la transmission purement hétérosexuelle, alors que la différence serait pertinente en terme de prévention. Étant donné le tabou qui règne sur les pratiques homosexuelles, il y a de fortes chances que les déclarations de personnes ayant eu des rapports avec des individus de même sexe restent sous-représentées en Guyane française. Contrairement au Brésil qui n'a pas hésité à promouvoir des campagnes pour et en concertation avec les homosexuels et les travestis, la sous-estimation des comportements homosexuels dans le département tropical a contribué à négliger la vulnérabilité des personnes adoptant des comportements bisexuels ou homosexuels. D'après le délégué local de Sida Info Service à Cayenne, les derniers ne se considéreraient pas spécifiquement à risque et adopteraient peu des mesures de prévention.

En dehors des personnes « portées disparues », un second facteur dérangeant souligné par des études épidémiologiques (Colloque sida aux Antilles, en Guyane et à la Réunion, 1996) réside dans le retard de la prise en charge des malades. Le nombre de personnes qui arrivent au stade de la maladie déclarée sans connaître leur statut sérologique culminait à 50% en Guyane au cours de la période 1994-1998 contre 47% dans l'ensemble des DOM. La France métropolitaine connaissait à l'époque un taux similaire légèrement inférieur. En d'autres termes, presque la moitié des gens apprennent leur contamination une fois la maladie en phase déclarée. Le contraste entre la France et la Guyane réside dans le nombre de personnes soignées avant le diagnostic sida. Il s'avère que seulement 22% des personnes dépistées en Guyane française ont été traitées avant d'arriver au stade sida, alors que le pourcentage s'élève à 46,5% en France métropolitaine. Ce pourcentage de personnes non traitées en Guyane est le plus élevé de tous les départements. Le calcul du taux d'observance, quant à lui, n'a pas fait l'objet d'études systématiques mais les études liminaires et ponctuelles effectuées au CHAR de Cayenne et à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni montrent une adhésion qui tourne autour des 50%. Ce taux serait inférieur à celui du Brésil où, d'après les sources gouvernementales, seulement 25 à 30% des personnes ne suivraient pas le traitement (ce qui mérite vérification).

Tableau 6 : distribution des cas de sida en Guyane française
selon le sexe et le mode de transmission (1989-2000)

Mode de transmission	homme (%)	femme (%)	Total (%)
homo/bisexuel	7,9	-	4,6
homo & UDI	1,9	3,0	2,3
drogue intraveineuse	0,3	-	0,2
hémophile	-	-	-
hétérosexuel	75,9	84,9	79,1
transfusion	1,5	1,5	1,5
maternofœtal	10,2	8,6	9,6
inconnu	2,8	2,5	2,7
Total	100	100	100

Sources : DDASS État, Cayenne, 2001

En définitive, la diffusion de l'épidémie à VIH constitue une des plus vives questions de santé publique autant au Nord du Brésil qu'en Guyane française et aucun indice ne laisse supposer un ralentissement. En 1995, le sida devenait la première cause de décès pour la première tranche d'âge, la quatrième pour l'ensemble de la population et la troisième concernant les décès prématurés entre 1 et

64 ans. Les recours tardifs aux soins accentuent la gravité de la mortalité due au sida si l'on se rappelle que 50% des malades diagnostiqués en 1993 en Guyane sont décédés deux années plus tard. Les pathologies les plus fréquentes parmi les malades atteints du sida sont la tuberculose, l'histoplasmose et la pneumocystose en Guyane. En Amazonie, ce sont les candidoses orales et pulmonaires qui représentent 15,9% des maladies opportunistes, suivies par les pneumonies, les atteintes par bactéries, la tuberculose, la pneumocystose et l'histoplasmose. Notons dans le Pará l'importance de la toxoplasmose et de la méningite, puis de la salmonellose à septicémie récurrente, du cytomégalovirus (plus de 50 personnes suivies en 2002) et des diverses formes d'anémie.

Contentons-nous pour l'instant d'introduire, quitte à y revenir pus tard, les liens potentiels entre migration, situation de précarité et réceptivité au sida chez les Brésiliens. Nous avons décrit la situation épidémiologique au Brésil et l'on ne peut qu'être frappé par le silence qui entoure certaines questions, notamment la partialité relative au recueil des données et les rapports entre sida et migration, à savoir les relations entre sida et clandestinité des Brésiliens en Guyane, et les déplacements internes et internationaux de la population. En Guyane française, s'il est admis qu'une portion de la population contaminée est soit en situation clandestine, soit de passage ou encore d'origine étrangère, on note un certain malaise de la part des autorités à divulguer ou même à noter certaines variables concernant la nationalité et la situation sociale des clandestins. Prudence et crainte de susciter la discrimination, mais inversement risque d'empêcher le ciblage et l'orientation de politiques adaptées à des personnes qui ont des besoins spécifiques en matière de prévention et d'accès aux soins[15].

Ce dernier point nous amène à ouvrir le débat sur une dimension rarement évoquée dans le contexte brésilien, à savoir celle des migrations. Il est pourtant peu de pays où la mobilité est aussi prégnante et saute aux yeux de l'observateur. Le Brésil, pareillement à la grande majorité des pays du monde entier, n'a pas de politique de santé spécifique tournée vers les migrants internes ou internationaux, contrairement aux États membres de l'Union européenne (European Center, 1994 ; Putter *et al.*, 1998) et à la décision récente d'Onusida d'investir la problématique (Unaids, 1998, Unesco, 2000). Les pays d'Afrique du Sud quant à eux se penchent sur la question mais en restent trop souvent au stade des études exploratrices (IOM, 2000). Dans la Région amazonienne orientale, il y a très peu d'immigrés internationaux qui se rendent en Amapá en dehors de quelques communautés originaires des pays limitrophes latino-américains (Colombie, Pérou, etc.). En tout cas, rien à voir avec le nombre impressionnant de communautés étrangères installées en Guyane française, qui forment le socle culturel du département, sont parties constitutives de son histoire et de son dynamisme. D'un autre côté les migrations internes au Brésil et les diverses formes de mobilité qui les accompagnent méritent toute l'attention en ce sens que l'épidémie circule et se transmet également en fonction des mouvements de populations.

Compte-tenu de l'insuffisance des données officielles, et du silence qui entoure les situations de vulnérabilité propres aux populations migrantes à l'égard de l'épidémie, nous allons tenter de pondérer ces déficits par nos propres investigations. Il ne s'agit pas de responsabiliser les populations migrantes comme cela a souvent été fait dans d'autres travaux en Afrique qui insistent de façon asymétrique sur les obstacles culturels sans évaluer les contraintes sociales (Campbell, 1997 ; Herdt, 1997) mais de voir en quoi les politiques publiques ont également une part d'implication et de responsabilité en fermant les yeux sur des aspects indispensables à intégrer dans les politiques d'intervention sanitaire en général et dans la lutte contre le sida en particulier. Cet objectif va alimenter désormais notre réflexion durant tout le travail. Il est nécessaire d'envisager dans un premier temps la façon dont les données témoignant de la migration sont incluses dans le protocole épidémiologique, mais aussi d'attester la présence du VIH chez les populations migrantes à partir d'enquêtes réalisées à Cayenne, à Macapá et à Belém. Pour ce faire, nous mentionnerons des études réalisées dans certains centres de

[15] Signalons la situation épidémiologique préoccupante au Surinam et au Guyana en raison de l'absence de perspectives de distribution de remèdes antirétroviraux (on donnait en 1999 de la vitamine C aux patients de l'hôpital général de Paramaribo au Surinam). Au Surinam, seul l'AZT est fourni aux femmes enceintes depuis le début des années 2000.

dépistage en Guyane, ainsi qu'une partie de nos enquêtes personnelles effectuées au Brésil auprès des populations atteintes.

Notification des populations migrantes séropositives

L'ensemble des Guyanes française et brésilienne a la particularité d'être une zone de brassage ethnique, de forte mobilité spatiale, de transit et de passage inévitable pour ceux qui se rendent dans les pays voisins ou qui migrent d'une Région à une autre. La forte migration peut-elle être considérée comme une des raisons, directes ou indirectes, du développement rapide de l'épidémie ? La question est peut-être légitime mais, posée ainsi, elle procure le désavantage d'être mal interprétée en imputant la responsabilité de la dissémination du VIH aux migrants, à la manière dont le sens commun le revendique clairement en Guyane et dans une moindre mesure en Amapá. Par contre, avancer que les migrants sont plus réceptifs à l'épidémie est une assertion plus constructive qui n'accuse en rien les migrants dans le processus de diffusion.

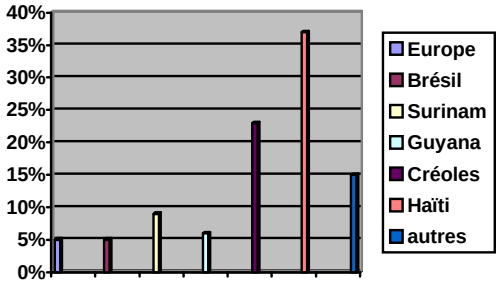
La Guyane, on le sait, reçoit un nombre important d'immigrés. Pendant longtemps, les données concernant l'origine de la population ont été mises en sourdine et dissimulées comme en France métropolitaine. Les enjeux sanitaires restèrent phagocytés par les raisons d'État. Les premières études qui associèrent la composante ethnique avec la séroprévalence furent entreprises à la fin des années 1990 (Savignoni, 1999 ; Lot, 2000). Le choix de retenir les facteurs ethniques ou raciaux comme critères de différentiation au sein de la population contredit a priori les visées du modèle français, égalitaire et universaliste et va à l'encontre du son modèle d'intégration prônant l'assimilation. Les décideurs estiment que la prise en compte de la catégorie socio-ethnique amplifie les dynamiques d'ethnicisation que les pouvoirs publics tentent de circonvenir (Simon, 2002 : 20)[16]. Certes, il importe de ne pas catégoriser à tout venant sans associer la composante ethnique à d'autres critères d'intégration (date d'entrée dans le pays, lien avec le pays d'origine, relations familiale et parentale dans le pays hôte, connaissance de la langue locale) à une autre série de variables économiques, sociales, éducatives, etc. Par exemple, rien ne serait plus éloigné de la vérité que de concevoir les Brésiliens en Guyane française comme une communauté, un groupe homogène significatif et encore moins un groupe « ethnique », à tel point que des effets de discriminations et de rejets extrêmement forts, parfois violents, surgissent au sein des Brésiliens entre travailleurs légalisés/travailleurs sans papiers, entre individus historiquement insérés vivant en famille et migrants provisoires, ainsi qu'entre chercheurs d'or et habitants du littoral. Mais l'option inverse qui s'entête à promouvoir l'universalisme, justifiée par l'adhésion au modèle classique d'intégration à la française a largement montré en Guyane française son côté pervers, ses effets d'occultation des discriminations et son encouragement indirect à la stigmatisation. Encore une fois, cela ne signifie pas que la dimension ethnique doive se substituer à celle du social, mais qu'au contraire elles se combinent pour pallier la cécité plus ou moins volontaire des statistiques à propos de la condition de ceux regroupés pêle-mêle dans la catégorie des immigrés. Sous le prétexte de vouloir estomper les différences liées à l'appartenance socioculturelle on se refuse à comprendre les barrières complexes qui se dressent devant des individus marqués par leur sceau ethnique et racial, sans parler de la crainte permanente de recevoir une « invitation » (sic) de reconduite à la frontière pour les clandestins et d'un arrêté d'expulsion pour les étrangers non régularisés mais résidant sur le territoire depuis un certain temps. Il suffit d'évoquer les humiliations, les refus, les interdits, les blocages administratifs dont sont victimes de nombreuses personnes en attente de régularisation et dont le non-aboutissement de la requête dépend moins d'un mystère culturel insondable que des caprices et des états d'âme de quelques fonctionnaires obtus qui se permettent de déroger à l'application stricto sensu des consignes républicaines venues d'en haut.

Compte-tenu de ces remarques et reconnaissant l'utilité de fournir des renseignements en fonction de l'origine, disons d'emblée qu'il est frappant de constater en Guyane française une forte

[16] La critique que nous présentons à l'égard de la Guyane s'est largement inspirée de celle réalisée en France métropolitaine par Patrick Simon.

recrudescence du sida chez les communautés d'installation récente (Haïtiens, Surinamais, Guyaniens, Brésiliens) comme l'illustre la figure 11. Renforçons ces données en ajoutant que le pourcentage des Haïtiens semble se stabiliser tandis le taux de contamination chez les Brésiliens, Surinamais et du Guyana est en nette augmentation depuis les trois dernières années. Les personnes originaires de ces trois pays voisins représentent désormais plus d'un quart des patients suivis. Le nombre de personnes infectées par le VIH en situation de mobilité spatiale (qu'ils soient porteurs ou non d'une carte de résidants) en Guyane française va augmentant d'après les renseignements fournis par les structures hospitalières de la ville de Cayenne et les deux ONG chargés du suivi des personnes contaminées (Sol en Si, Aides-Guyanes). Par ailleurs, l'arrivée des Haïtiens via le Surinam en Guyane française aurait été, selon certains, un des facteurs constitutifs de l'irruption du sida, mais aucune preuve n'a été donnée jusqu'à présent que les Haïtiens désormais sidéens étaient porteurs du virus avant d'arriver sur le sol français[17].

Figure 1 : origine géographique des patients atteints pas le VIH, 1999



source : CISIH, 2000

La seule étude épidémiologique entreprise en Guyane au centre de prévention des maladies vénériennes de la crique consistait à savoir si plus on reste en Guyane, plus on a de chances d'attraper une maladie vénérienne y compris le sida (Mathé, 1999). L'investigation se confinait à une population spécifique venant se faire tester dans un quartier marginalisé. Dans la limite de ce cadre, c'est moins le migrant qui est vecteur de la transmission que le processus de migration en lui-même, avec tout ce qu'il implique comme vulnérabilité et discrimination. La relation détériorée que le migrant entretient avec la société d'accueil est à l'origine du taux de séroprévalence élevé chez la population étrangère. Il n'est guère étonnant que la population locale se réapproprie les réalités épidémiologiques et transforme la personne du migrant vulnérabilisé en personne nuisible : cas de figure courant où l'individu en difficulté devient un péril pour les autres.

L'étude rétrospective à partir des dossiers médicaux des personnes ayant consulté le centre en 1996 et 1997 concerne 1326 patients et 2660 consultations. Parmi les consultants, 60% sont des femmes d'âge moyen 26 ans et 40% sont des hommes d'âge moyen 40 ans. Plus de 56% de la population qui fréquente le centre de la Crique sont des immigrés, provenant en majorité d'Haïti, du Brésil, du Guyana et du Surinam, avec un âge moyen de 30, donc nettement inférieur à celui de l'âge moyen de la population totale. Chez les femmes venues spontanément pour un dépistage à VIH, les immigrées sont moins nombreuses que les personnes non immigrées (22% contre 35,5%) alors que chez les hommes les immigrés sont plus nombreux (50% contre 39%), ce qui contredit, dans ce cas particulier d'une population pauvre et majoritairement immigrée, la tendance généralement admise que les femmes ont davantage l'initiative et acceptent plus facilement le test à VIH (puisque le test est proposé

[17] Une tendance similaire en Amapá et au Pará chez les populations migrantes venues d'autres États du Brésil (Pará, Maranhão, Ceará). Les représentations collectives, reprises dans une certaine mesure par les professionnels de la santé en Amapá, font état des migrants du Maranhão qui amènent avec eux la maladie, de la même manière que les garimpeiros et les vilains Créoles essaiment le virus partout où ils passent.

à ceux qui ont des MST). Par contre, le délai de consultation des immigrés au dispensaire est en moyenne de 7,5 ans après leur arrivée en Guyane. Les femmes consultent en moyenne trois ans plus tôt que les hommes et seulement 15% des immigrés viennent consulter moins d'un an après leur entrée en Guyane. Les femmes immigrées présentent enfin deux fois plus de syphilis évolutive que les autres femmes et ont en moyenne trois fois plus de pathologies que les hommes immigrés.

Les chiffres fournissent un cliché brut et instantané de la réalité sociale et médicale mais sont à mettre dans une perspective dynamique. Les auteurs oublient de mentionner à cet égard que les femmes ont peut-être un accès plus difficile au centre en dépit de la proximité physique et de l'accessibilité économique. Par ailleurs, les relations entre la durée du séjour, les conditions socio-économiques de vie, la régularisation de la personne face aux autorités ne sont pas mis en évidence. Or de nombreuses études en France (Fassin *et al*., 1996 ; Fassin, 2002) et plus récemment en Guyane (Bourdier, 2002) montrent que si les populations étrangères semblent négliger leurs problèmes de santé, accèdent plus tardivement au dépistage, se font soigner au dernier moment et hésitent à se rendre dans les centres de santé, c'est moins à cause d'une tradition culturelle pesante qui les engonce dans un obscurantisme sanitaire présumé qu'en raison de leur situation précaire et de clandestinité dans le pays amphitryon. Dans un quartier qui est un des plus décrépis de la ville, où la violence, l'anomie sociale, le chômage et les discriminations raciales font partie du quotidien, une partie non négligeable de la population sans papiers assimile les services de l'État comme relevant d'un même réseau, donc à de potentiels lieux où l'on risque d'être identifiés et catalogués, même si le centre de dépistage et de traitement des maladies vénériennes est garantir *de facto* l'anonymat.

Des centaines de Brésiliens résident dans ce quartier. Ils représentent une population hétéroclite : des familles installées de longue date, des personnes isolées de passage, des *garimpeiros* venus se détendre et dépenser leur or, des individus marginalisés, d'autres ayant le réputation de braqueurs, de violeurs et d' « accros » à une des drogues violentes qui circulent couramment (crack, cocaïne, héroïne). La prostitution brésilienne, autrefois dominante et maintenant en compétition avec les Dominicaines et les femmes du Guyana, reste importante à la Crique si l'on se rappelle que certains lieux secrètement gardés maintiennent les jeunes femmes immigrées dans des lieux clos et réduisent les possibilités de recours de ces Brésiliennes aux centres de santé. D'une manière générale ces jeunes femmes ne restent pas longtemps en Guyane, à moins qu'elles ne s'enfuient dès qu'elles peuvent, ce qui réduit encore davantage leur familiarisation envers les centres de santé. Les professionnels médicaux, les services sociaux et surtout les quelques rares personnes ayant le courage de faire des campagnes de prévention de proximité dans le quartier auraient par ailleurs observé chez ces populations incarcérées des tendances à recourir à d'autres sources de dépistage et de traitement, ce qui restreindrait définitivement l'accès du centre antivénérien à ces filles de passage.

Sur les 202 cas de séropositivité, seulement 73 proviennent de personnes d'origine française et 129 d'individus d'une autre nationalité d'origine. Les groupes sociaux étrangers dominants sont les Haïtiens avec 74 personnes, les Guyaniens avec 24 individus et les Brésiliens avec 15 représentants. La contamination par voie hétérosexuelle prévaut avec un taux supérieur à 60% et les femmes dans la prostitution représentent un huitième de l'échantillon total. Il n'est toutefois pas possible de discerner les individus de passage des personnes établies depuis plusieurs années en Guyane, ni de présumer de leur degré d'intégration dans le pays d'accueil qui peut s'avérer indépendant de la durée du séjour et encore moins des réseaux dans lesquels ils naviguent : des migrants restent longtemps marginalisés ou en dehors de la société d'accueil à l'image de nombreuses femmes haïtiennes et dominicaines ne sachant ni lire ni écrire et connaissant à peine le Français, tout comme ces épouses brésiliennes rencontrées dans le quartier Mathinia à Cayenne et qui 10 à 15 ans après leur venue ne parlent toujours pas le français et sortent rarement en dehors de leur périmètre d'habitation. Il est encore moins possible de déceler la façon dont les réseaux migratoires se sont constitués et continuent à baliser les repères de la personne dans son milieu d'accueil.

En Guyane, rappelons que le terme immigré regroupe un ensemble de personnes disparates dont le seul point commun est de ne pas être né dans le département. Or, pour dénouer les liens entre

vulnérabilité au sida et migration il ne suffit pas de mentionner simplement la composante migratoire mais l'associer à d'autres composantes. Il importe également de distinguer les divers profils migratoires dans le temps. Nous avons tenté de préciser ces données dans le cadre d'enquêtes personnelles par interviews auprès de 102 personnes séropositives (62 hommes, 35 femmes et 5 travestis) suivies régulièrement dans les centres de référence étatiques de Belém (77) et de Macapá (63). Sur l'échantillon de la file active, 43 personnes ont déclaré avoir été au cours des cinq dernières années dans au moins une situation particulière de mobilité spatiale, soit 42% de l'échantillon total. Parmi elles, 4 sont des migrants internationaux ayant résidé en Guyane française, 10 ont expérimenté une mobilité saisonnière, 11 ont connu une mobilité régulière, 20 une mobilité occasionnelle, 21 des migrations successives ou par étapes et 24 une migration retour. Contrairement à ce qui se dit au sujet de la prégnance des gens du Nordeste, les personnes appartenant à la catégorie des migrants sont pour une large part originaires des États du Nord (Pará, Amapá) et seulement 10% d'entre eux viennent du Nordeste. Par contre plus d'un tiers des personnes séropositives sont nées dans un *município* de l'intérieur et ont récemment migré pour la ville. Notons qu'un seul vient du milieu rural forestier. Près de 70% de cette population réside actuellement dans la capitale de l'État, 10% dans la périphérie et 16% dans une petite ou moyenne ville de l'intérieur. Un peu moins de 10% continue à vivre dans les colonies agricoles, en forêt ou sur les berges du fleuve.

Sans approfondir pour l'instant ce que les entretiens ont révélé qualitativement, ces quelques données statistiques éparses montrent à l'évidence que presque la moitié de la population séropositive s'est déplacée au cours des cinq dernières années, connaissant ou pas sa séropositivité. Une partie non négligeable continue d'être mobile. Les femmes sont moins représentées que les hommes qui sont en moyenne deux fois plus enclins à se déplacer. Par contre, elles développent des réseaux plus structurés par le biais des familles, de la parenté et des amis pour arriver en ville, bien que certaines (8 sur 36) soient venues d'elles-mêmes sans s'être assurées préalablement d'une assise matérielle ou d'un soutien affectif quelconque. Une fois installées, les femmes tendent davantage à rester alors que les hommes repartent plus facilement. Certains types de mobilité comme les migrations saisonnières, occasionnelles et régulières relèvent davantage de l'homme que de la femme. Le profil socio-économique des femmes séropositives confirme ce qui a été avancé au chapitre précédent, à savoir que les personnes de sexe féminin ne migrent pas uniquement pour le travail, mais aussi pour quitter un milieu social et acquérir une autonomie. Dans le cas d'une séropositivité annoncée, plusieurs départs de femmes furent liés à la crainte de voir l'entourage quotidien mal réagir. On remarque également une tendance chez les personnes des deux sexes à changer de lieu de résidence, sans que le milieu social le sache mais de façon anticipative.

Nous reviendrons sur ce point fondamental au cours de notre exposé mais disons pour l'instant que si les femmes quittent de façon plus définitive leur milieu environnant pour éviter la discrimination et les pressions sociales afférentes, les hommes accusent pour des raisons multiples une tendance à partir lors de l'annonce quitte à revenir plus facilement ultérieurement, surtout quand la maladie commence à se déclarer par des signes physiques manifestes. Connaissant leur séropositivité, les femmes sembleraient rechercher une sécurité durable et a priori savent mieux que les hommes mettre en place des stratégies adaptées : réseaux sociaux de solidarité avec une partie de la famille, groupes d'entraide entre femmes séropositives, recherche de garanties économiques pour l'avenir. Par contre, elles affichent le souci d'être autonomes en matière de revenus, préférant avoir un travail afin de ne pas être à la merci d'un changement familial ou d'une répudiation si elles dépendent de quelqu'un.

En guise de conclusion liminaire, reconnaissons qu'il est vain de souhaiter dresser un profil « type » du migrant malade du sida, et plus encore du migrant vecteur de la diffusion du virus, comme les représentants du secteur médical sont parfois tentés de le demander aux spécialistes en sciences sociales. Ce que nous pouvons dire pour l'instant, c'est que les personnes en situation migratoire sont concernées et victimes de l'épidémie dans une proportion qui s'avère légèrement supérieure à celle des personnes géographiquement stables, établies et mieux ancrées dans le tissu social. Cette affirmation de la vulnérabilité accrue des migrants n'est encore qu'une hypothèse en raison de l'insuffisance de données épidémiologiques prenant en compte le facteur mobilité. Elle va être développée et mise à

l'épreuve en fonction des contextes locaux et des dynamiques sociales décryptés dans les chapitres suivants.

DEUXIEME PARTIE

DYNAMIQUES SPATIALES ET SOCIO-CULTURELLES DE L'ÉPIDÉMIE

Chapitre 4

Du nord du Pará à la Guyane française

(Frédéric Bourdier)

La zone retenue pour l'étude correspond à une entité géographique et sociale pertinente (Lézy, 1998 ; Masteau, 1997). Dans ce chapitre, l'accent sera mis sur les dynamiques spatiales et sociales susceptibles d'avoir une répercussion, directe ou indirecte, sur l'incidence du VIH. A partir des trajectoires humaines individuelles et collectives observées au cours de nos enquêtes de terrain, on s'attachera à déceler quelques-unes des particularités singulières d'un espace à un autre.

De Belém à Macapá : portes d'entrée de l'Amazonie

Le Pará concentre le principal volume de population urbaine de toute la Région Nord. Belém détient la double particularité de se situer à l'embouchure du plus grand fleuve du sous-continent américain et d'être la principale métropole de l'Amazonie, talonnée par Manaus à quatre jours de bateau motorisée, localisée sur l'interfluve ente le rio Negro et le rio Solimões. Par sa position géographique, la capitale du Pará a historiquement assumé un rôle stratégique de contrôle géopolitique de l'Amazonie et des activités économiques situées en amont du fleuve. Aujourd'hui encore, alors que Manaus et sa zone franche s'affichent comme le pôle économique et industriel de la Région Nord, Belém reste le centre administratif, politique, culturel et commercial.

De 1970 à 1990, la ville connut un taux moyen de croissance de 4,76% par an (Faure, 2002) suivi dans la décennie suivante par une dilatation notoire de son périmètre urbain. D'après les annuaires de l'IBGE, près de 830 000 habitants supplémentaires s'installèrent dans la région métropolitaine de Belém (RMB) entre 1991 et 2000[18] mais principalement en dehors des limites de la capitale qui augmenta seulement de 40 000 habitants. La RMB englobe désormais les six *municípios* de Belém, Barcarena (le futur port), Ananindeua, Benevides, Marituba et Santa Bárbara. Étrangement, le *município* de Belém contient beaucoup d'espaces peu ou pas occupés étant donné l'appropriation restrictive des terres et la configuration géographique de la ville : la plupart des lieux vides ou dépeuplés sont des espaces privés ou publics non habitables, parfois soumis à spéculation, ou bien des îles et des bras de terre qui bénéficient de peu de moyens de communication avec les ports de Belém et encore moins d'infrastructures locales susceptibles d'inciter les populations *ribeirinhos* à se sédentariser plutôt qu'à se diriger vers la ville.

Conjointement à la croissance due aux migrations, deux phénomènes caractérisent la structuration actuelle du paysage urbain de la RMB habitable occupant 750 km^2 (Rodrigues, 2000). La première tendance est le refoulement des personnes aux ressources modestes dans des quartiers rapidement

[18] Dans les pages qui suivent consacrées à Belém, les analyses des données ont été effectuées par Jean François George Faure préparant en 2002 une thèse de doctorat sur l'usage des méthodes de télédétection pour évaluer les dynamiques urbaines.

encombrés. La seconde correspond à l'émergence d'une classe moyenne à la recherche d'espaces privilégiés dans la cité. Cette double poussée humaine aboutit à une ségrégation spatiale aux contours radicaux. Non pas uniquement entre la banlieue et la ville, mais au sein-même de la cité. D'un coin de rue à l'autre la scission est plus que visible, elle détonne. Au centre, le peu d'espaces disponible pour les gens financièrement privilégiés conduit au phénomène de verticalisation avec la construction d'immeubles élevés, étroitement surveillés par des gardiens. Les édifices sont les lieux d'habitations valorisés, parallèlement avec les *condominums* désenclavés (zones privées fermées). Ces derniers jouxtent des zones d'habitats précaires et provoquent des contrastes choquants. Dans la ville et surtout dans la banlieue, les installations désordonnées appelées « *invasões* » (invasions) jouxtent ou s'immiscent dans les zones urbaines planifiées constituées de maisons modestes et identiques. Jean–François Faure (2002) mentionne une étude comptabilisant 93 favelas en 2000 contre 20 en 1991, ce qui témoigne de l'ampleur de ce que plusieurs auteurs appellent le « processus d'urbanisation sauvage et de prolétarisation passive ». Une étude du PNUD citée par le même auteur signale dans la même lignée un déficit en habitations qui augmenta de 68% au cours des dix dernières années. Pour pallier ce manque, les familles se regroupent, construisent des baraquements sommaires et s'entassent dans des maisons de bois ou bâties de matériaux tout azimut récupérés dans les décharges.

D'une certaine manière, la ville façonne le citoyen qui, en retour, reconfigure la ville. De longue date et au-delà de ses frontières, la cité a acquis une solide réputation pour les multiples possibilités de petits travaux dans le secteur informel qu'elle génère. Les opportunités que la ville favorise dépendent de l'imagination, du savoir-faire de la personne mais aussi du maillage socio-économique dominant. Une grande partie des activités de travail relèvent justement d'initiatives autonomes vu que les emplois convoités de fonctionnaire sont largement insuffisants. Ces jobs quotidiens restent exceptionnels ou inexistants dans les campagnes. Ils sont plus fréquents et mieux rémunérés à Belém que dans les villes du Nordeste où le pouvoir d'achat est moindre et la compétition plus ardue. Cette manière très brésilienne d'appréhender son gagne-pain qui se dénomme *fazer bico* (travailler de bric et de broc) conditionne et facilite l'intégration socio-économique du migrant. Celui-ci est obligé de vendre sa force de travail pour survivre mais libre de la proposer à sa manière. Les possibilités ne sont pas illimitées mais le migrant se préserve une marge de liberté pour décider ce qu'il va faire, comment, et sous quelles conditions. Tout cela dépend de son esprit d'initiative, de ses capacités à s'informer et à s'immiscer dans un milieu social dont il espère un soutien. Un leitmotiv revient dans les discours qui tentent de justifier les pratiques : les individus, peut-être plus les hommes que les femmes, évoquent leur pauvreté, leur modestie, leur instabilité mais prônent en contrepartie leur liberté. Cette « liberté urbaine » assigne aux personnes, surtout aux jeunes rapidement livrés à eux-mêmes et regroupés en bandes, la conviction de leur autonomie conjointement à celle d'être affranchi du jugement des autres, quand bien-même les barrières sociales persistent et se renforcent.

Le système d'entraide brésilien a ceci de particulier : il permet à chacun de dénicher une tâche à effectuer, ne serait-ce que pour quelques heures ou quelques jours : rafistoler le toit du voisin, réparer la voiture, vendre des glaces, bricoler une télévision, ouvrir un stand de boissons dans la rue. La souplesse des réseaux associée à leur faculté de se développer autorise également l'individu à se déplacer d'un lieu à un autre, à explorer et comparer les occasions qui s'offrent à lui. En ce sens, il est exagérer de penser que les migrants disposent de stratégies arrêtées dès le départ. Peu d'entre eux sont en mesure d'affirmer s'ils envisagent d'emblée de s'installer définitivement. Les favelas et les cités planifiées ne constituent pas forcément des paradis sur terre et nombreux sont ceux qui manifestent l'envie d'explorer d'autres horizons.

*

Contrairement au Pará, il fallut attendre les quatre dernières décennies pour que l'Amapá commence à acquérir progressivement sa réputation de terre d'accueil. Trois évènements ont suscité les vagues de migrants les plus consécutives à partir des années 80 : la constitution de l'État qui draina une quantité de fonctionnaires pour occuper les nouveaux postes administratifs, la création de la zone

franche à Macapá au début des années 1990 et le programme de développement durable (PDSA[19]) initié dans les années 1990 par le gouverneur João Capiberibe. Dans les deux premiers cas, les opportunités d'emplois dans la nouvelle structure de l'État furent rapidement dépassées. La zone franche attira effectivement de nombreux commerces qui importèrent le plus souvent des produits de piètre qualité de Panama mais peu d'industries et d'entrepreneurs embauchèrent. Les commerces en manque de clients ne recrutèrent pas autant que prévu. Un certain nombre d'entrepreneurs du Sud vinrent, attirés par les possibilités d'expansion économiques vers le Nord. Mais confrontés aux lenteurs vernaculaires et à une administration pesante, ils ne tardèrent pas à se délocaliser vers d'autres États plus dynamiques. L'idéologie du PDSA, quant à elle, acquerrait une réputation de bonne gouvernance, de probité politique, de recherche d'équité et de lutte contre les inégalités sociales (Moulin, 2000) qui favorisa la venue des populations des îles, du continent du Pará, du Maranhão et du Ceará où l'absence de contribution et d'intérêt des gouvernements locaux à la gestion de la pauvreté restait endémique. Le PDSA donna des résultats encourageants dans les zones rurales. Il rencontra cependant des difficultés pour absorber la main-d'œuvre grandissante qui s'entassait dans la capitale Macapá et dans les deux ports de Santaná et Laranjal. Les opportunités de désengorger les cités vers l'intérieur relevèrent de l'exceptionnel. Les réserves forestières créées dans le centre-ouest proposèrent des initiatives intéressantes au niveau de la diversification de la production et de la vente des produits forestiers mais le quota de familles susceptibles d'y accéder fut rapidement atteint.

Le mythe reste tenace et l'Amapá des années 1990 représenta pour beaucoup une terre d'espoir ainsi que le titrent régulièrement des articles élogieux, mais tendancieux, de la presse nationale (Lima, 1999). Pour beaucoup toutefois, le mirage économique et les avantages sociaux ont été un leurre. Le taux de chômage progresse, le système scolaire fonctionne à deux vitesses et les écoles des quartiers défavorisés sont de piètre qualité, les postes de santé restent sans médicaments ni médecins, l'environnement urbain se dégrade en dehors de quelques îlots protégés, et la violence atteint des indices record selon les données conjointes du Diocèse de Macapá et de l'IBGE (1996). C'est en dépit de ce contexte peu encourageant que les migrations progressent, donnant à la capitale qui concentre les deux tiers de la population de l'État une configuration qui se rapproche irrésistiblement de celle des villes de taille similaire du Nordeste et du Sudeste. Les perspectives de l'économie étatique sont donc loin de pouvoir répondre aux expectatives des migrants. Dans sa globalité, les projections locales restent sombres. L'économie de l'Amapá repose sur les activités prédatrices des minéraux, des végétaux et des animaux. D'un point de vue écologique, de telles productions s'affichent totalement en harmonie avec le PDSA mais l'on ne voit pas très bien comment cette situation peut évoluer afin de satisfaire la masse de population grandissante. A l'instar des cultures excédentaires, l'agriculture familiale - un concept très à la mode - se développe dans les *assentamentos* mais reste marginale à tel point que l'Amapá doit importer un grand nombre de denrées alimentaires basiques du Sud et du Sudeste du pays ! Le secteur industriel est pratiquement inexistant et les politiques néolibérales imposées de l'extérieur ont fermé les portes du secteur public à la création de nouveaux emplois. Par contrainte plutôt que par choix, l'économie informelle constitue la principale soupape de sécurité permettant d'utiliser les travailleurs sans qualifications précises mais sachant un peu tout faire, même si cela reste dans l'à-peu-près. L'importance des hommes et des femmes dans le secteur informel, devenue presque légendaire et constitutive du Brésilien, démontre leur étonnante capacité à s'accommoder des contingences de l'économie locale et nationale déliquescente.

C'est dans ce contexte d'insécurité grandissante que les migrations familiales simultanées sont différées car un départ collectif représente un risque s'il n'y a pas de garantie de travail ni de logement à la clé. Elles se substituent, dans le meilleur des cas, à des migrations en chaîne ou sélective (seulement quelques membres de la parenté). Il n'existe malheureusement pas de statistiques précises à l'échelle de l'État mais les données fournies par l'association des immigrés de l'Amapá indiquaient en 1999 que sur les 5000 personnes inscrites dont 750 agriculteurs et 350 commerçants ambulants, une majorité était arrivée seule ou avec un membre de la famille, le plus souvent un fils aîné ou un parent au second degré. Étonnement, une majorité sont des femmes célibataires séparées ou veuves avec des

[19] Programme de développement durable de l'Amapá : *programa de desenvolvimento sustentâvel do Amapá*.

enfants ou des parents à charge. Une autre étude réalisée par le diocèse de Macapá sur 1630 personnes attirait déjà l'attention sur les difficultés sociales, économiques et psychologiques rencontrées par les migrants qui constituaient 76% de l'échantillon dans le nouveau tissu urbain. L'étude s'inquiétait de la progression rapide de la délinquance, de la gestion inorganisée de la cité et de la perte d'identité des personnes déracinées (Pastoral de Macapá, 1995). Des enquêtes personnelles menées dans deux quartiers (Novo Buritizal et Jardim) confirment la présence majoritaire d'individus migrants (moins de cinq ans) dans les zones d'habitation modestes et la tendance à se regrouper en unités sociales d'une moyenne de cinq à six personnes aux liens de parenté dominants mais correspondant rarement à la famille nucléaire classique. Même si ces unités résidentielles confèrent une certaine solidarité entre les membres qui les composent, encore faut-il se rappeler que lesdites unités sont fluctuantes, peu stables dans le temps et fréquemment composées d'individus esseulés (sans partenaires fixes, unis avant tout par nécessité que par propension affective).

Les mouvements de reflux existent désormais sans pour autant dominer et il serait prématuré d'évoquer la possibilité pour l'Amapá de devenir une terre d'émigration, bien que des familles se scindent, que des parents laissent leurs enfants soit retourner au Pará, soit partir vers le sud ou en Guyane. Le solde migratoire demeure positif et il est probable que la proximité du département français contribue à alimenter le flux des populations mobiles et l'essor du développement local, ainsi que le prévoyait certains membres du dernier gouvernement tourné vers la coopération économique avec la Guyane via la France. A Macapá et surtout à Oyapoque des familles s'installent pour se rapprocher département français. L'Amapá devient un pied à terre, plus commode et plus près que la ville originelle du Maranhão ou du hameau de l'intérieur du Pará. Les familles se réunissent mais ne cohabitent pas en permanence toute l'année. L'homme part en Guyane pour travailler. Il laisse sa compagne et ses enfants dans la nouvelle habitation, ce qui lui permet de les retrouver plus facilement et plus fréquemment. Pour d'autres migrants internationaux, l'installation dans l'État septentrional correspond à un investissement. Si la destination immédiate est la Guyane, la plupart des travailleurs conserve néanmoins l'intention de revenir s'installer dès que possible à Macapá, Santana ou dans une autre petite ville de l'État (Calcoëne, Amapá, Tartagualzinho, Santana, Novo Mazagão…) afin de monter une affaire, ouvrir un petit commerce, vivre parmi les siens.

Ces va-et-vient ne sont pas sans implications sur les dynamiques familiales et relationnelles. Tel en est le cas des épouses ayant la charge du foyer et devant pallier les imprévus économiques à même de survenir abruptement. Les relations que ses filles entretiennent avec des garçons, mieux encore avec des hommes occupant une position stable, mariés ou pas et de tous âges confondus, sont acceptées voire encouragées car la charge financière de l'adolescente est alors assumée par le partenaire sexuel qui contribue ainsi à soulager le poids des dépenses familiales, apportant le cas échéant des cadeaux et des aides matérielles aux autres membres de la famille. En certaines occasions, la rupture des adolescentes ou des jeunes célibataires est vécue comme une tragédie économique et la quête d'un nouveau partenaire fait partie des stratégies familiales communément admises et reconnues par la société, tout au moins au sein de la communauté des migrants.

Oyapoque et Saint-Georges : point de convergence et de dissémination

La dernière ville

Oyapoque, ultime bourgade du Brésil avant la Guyane, le 25 juin 2002 : un camion « *pau de arrara* » débarque près du café central une vingtaine de migrants en provenance de Macapá. Tous sont originaires des États du Nordeste. Serrés sous la bâche plastique arrimée au derrière du véhicule, emmitouflés dans des couvertures de fortune, les hommes descendent, visiblement harassés d'un voyage de plus de 20 heures en cette saison des pluies. Personne ne semble prêter attention à la scène qui se répète quotidiennement. Oyapoque est en effet un lieu de passage incontournable pour pénétrer les zones d'orpaillage situées en amont du fleuve ou pour traverser la face orientale de la Guyane. Si la plupart franchissent le fleuve, d'autres choisissent de rester dans la ville frontière en attente d'un

travail quelconque. Des dizaines de milliers de Brésiliens arrivent ainsi chaque année, la plupart engagés dans un processus de circulation migratoire entre leur terre natale et les lieux qu'ils investissent, dans l'espoir de bénéficier d'une meilleure qualité de vie une fois qu'ils retourneront chez eux. Les plus fortunés arrivent par le bus ou, exceptionnellement, par les lignes domestiques d'avion qui relient directement trois fois par semaine la municipalité avec Belém et Macapá.

A l'opposé de sa voisine française, la bourgade brésilienne s'affaire et s'agite, de jour comme de nuit. Une effervescence permanente empreigne la ville. Dans les hôtels, sur le front du fleuve, autour des terrasses des bars et au détour des coins de rue des groupes d'hommes et de femmes se forment et discutent sur les possibilités de trouver les sites d'or en amont, sur la manière la moins risquée de pénétrer le territoire français, sur le type d'emploi recherché à Cayenne. Ceux qui en reviennent repassent leurs tuyaux aux nouveaux arrivés, ces derniers étant soucieux de s'entendre confirmer les quelques informations dont ils disposent déjà. Les vétérans « de la route » élisent quelques novices privilégiés à qui ils confient leurs combines, donnent des adresses et des recommandations après avoir narré leurs aventures sur l'autre rive. On déplie les cartes, on repère les tracés dans la forêt, on évalue approximativement le temps de marche, les risques encourus, le minimum à emporter.

Les trajectoires ne s'effectuent pas à l'improviste cependant. Bien qu'il soit difficile de fournir des données chiffrées, une évaluation reposant sur nos enquêtes personnelles auprès d'une soixantaine de personnes indique que plus des deux tiers des migrants arrivent à Oyapoque en ayant préalablement un travail qui les attend quelque part, à moins qu'ils ne sachent déjà où se rendre pour en trouver, dans le cas des orpailleurs. Le voyage à deux représente le cas de figure classique : il rompt la solitude, limite les échauffourées, confère un minimum de sécurité en cas de problème de santé. Le système de migration en couple ou plus fréquemment en petit groupe induit un turnover constant : une personne qui connaît déjà les lieux, bénéficie d'une expérience de travail, sait où se diriger assume la responsabilité d'en faire profiter un conjoint, un proche parent ou un ami de confiance. Ceux qui se dirigent vers les sites aurifères n'ont pas vraiment besoin de planifier leur insertion dans une équipe de travail. Outre la rotation des hommes, les sites en amont de l'Oyapock détiennent une capacité d'accueil suffisamment grande pour accueillir tous ceux qui s'y présentent, le plus dur étant de tenir le coup et de ne pas tomber malade.

Dans cette atmosphère fébrile, l'entraide connaît ses limites car la petite ville peut difficilement absorber toutes les demandes de la population migrante partagée entre ceux qui ont un itinéraire et un objectif précis et les autres, parfois totalement démunis, qui arrivent à Oyapoque les poches vides, à moins qu'ils ne soient au bout du rouleau après une série de migrations épuisantes en chaîne. En conséquence, une certaine ambiguïté règne dans les rapports sociaux entre les habitants (récents ou anciens) et les gens de passage. D'un côté les derniers alimentent l'économie locale, font marcher le commerce de la ville et contribuent à renouveler la population, mais de l'autre ils sont perçus comme des sources potentielles de complications : violence, conflit, mendicité, alcoolisme, incitation au développement de la prostitution, mauvais exemple pour les adolescents.

Oyapoque, créé par un Guyanais, est une ville du début du siècle ayant connu son essor grâce au boum de l'orpaillage : tous les habitants sont donc des migrants de première, deuxième ou, exceptionnellement, troisième génération. La configuration sociale mouvante de l'agglomération, avec ses 12 000 habitants en moyenne, reflète son statut de ville de transit. Des dizaines de pensions simples (*dormitorios*) accueillent les nouveaux arrivés tandis que des hôtels plus confortables sont à disposition de ceux qui disposent d'un peu de pécule d'avance et de ceux qui rentrent enrichis et viennent « flamber » quelques jours en ville avant de rentrer chez eux ou repartir au charbon. La dizaine de boîtes de nuits qui s'égrène dans les rues excentrées constitue l'attraction majeure : des jeunes femmes recrutées sous contrat depuis Macapá et Belém y sont employées pour vendre leurs services sexuels. Les plus téméraires partiront pour les sites d'orpaillage clandestin du côté français une fois l'engagement avec le propriétaire de la boîte achevé. Les plus ambitieuses qui conversent un peu le français concoctent le projet de se rendre à Cayenne ou à Kourou, seules ou en compagnie d'un client guyanais se disant prêt à les aider ou les entretenir comme maîtresse.

Cette forme de prostitution au grand jour constitue la partie émergée de l'iceberg. Plusieurs maisons closes soigneusement gardées proposent discrètement des jeunes adolescentes mineures et au moins un lupanar se spécialise dans les jeunes filles indigènes, très recherchées pour leur exotisme. La prostitution apparaît également sous des formes banalisées : des femmes d'Oyapoque et des immigrées investissent les pensions et les hôtels, parfois avec la complicité des gérants, où logent les hommes enrichis de retour de Guyane. D'autres jeunes femmes migrantes dénommées *mulheres da vida* louent des chambres particulières et recherchent occasionnellement des partenaires, sans pour autant se considérer comme prostituées. Certaines espèrent trouver un compagnon et pour ce faire se conforment à la pratique du *xodozar*. Il s'agit d'une relation durable impliquant des relations sexuelles non rétribuées. En échange, l'homme entretient la femme et l'emmène éventuellement sur son lieu de travail. La relation de *xodo* peut devenir le tremplin et se transformer en *amigamento* qui consiste en une liaison affective impliquant l'exclusivité entre les deux partenaires. Dans le milieu des migrants, notamment dans les sites d'orpaillage, elle est assimilée à un contrat de mariage informel entre l'homme et la femme.

Dans cette ambiance d'émulation, que tout observateur attentif peut décrypter au bout de quelques jours, les jeunes étudiantes ne sont pas laissées pour compte. Si elles fréquentent un *namorado* comme tous les jeunes du pays (Bozon & Heilborn, 1996), nombreuses sont celles qui essaient parallèlement de gagner un peu d'argent pour s'acheter des vêtements, un maillot à la mode et du maquillage à moins qu'elles ne soient amenées à soutenir leurs parents. Certaines tentent d'établir une relation durable (*xoda*) avec des hommes célibataires plus âgés, ayant un emploi dans la ville ou régulièrement de passage. Si le prince charmant se montre disposé à donner un appui ainsi qu'à fournir une aide quelconque à la parenté, la relation en est amplement, et intimement, facilitée. En ce qui concerne les jeunes filles oyapoquaise, il a été possible d'identifier plusieurs situations où les parents acceptent tacitement, voire encouragent la relation entre la jeune fille et son fiancé. L'homme est perçu comme un secours supplémentaire pour le foyer en l'absence du père de son amie car il pourvoit à tout imprévu financier, matériel, social ou sanitaire. Il donne un coup de main en cas de besoins et occupe à ce titre une place reconnue, même si elle reste provisoire. Cette relation, à l'image de celle entretenues par des femmes mobiles plus âgées, est basée sur la confiance et le dévouement. Or, dans le contexte social et culturel local, l'usage du préservatif s'associe difficilement à ces deux valeurs. Une idée répandue ici plus qu'ailleurs (comparativement à Belém ou Macapá), assimile le préservatif à la suspicion. En raison de la profusion de la prostitution, les campagnes de prévention se sont tournées essentiellement vers les professionnelles du sexe au détriment d'une attention envers la population générale.

L'arrivée successive des vagues de migrants qui s'installent, provisoirement ou pour une durée indéterminée, offre également à la ville une configuration spatiale originale. Le centre qui jouxte les berges du fleuve est occupé par les populations anciennement arrivées. Les commerçants du Ceará et du Maranhão y ont élu domicile, à côté des familles de Macapá. Les quartiers de l'est sont occupés par les familles indigènes installées en ville, non loin du dispensaire qui leur est réservé. Autour de la grande place qui est le lieu de sociabilité nocturne, résident les habitants ayant réussi à s'insérer économiquement dans la société locale. La ville s'étire vers le bas, les deux côtés latéraux étant limités par des zones inondées et des petits cours d'eau. Plus on s'éloigne du centre vers le sud, plus les quartiers d'implantation récente apparaissent. Les maisons de bois remplacent la forêt qui se défriche au fur et à mesure que le maire concède des lots de terre aux nouveaux arrivants. Une politique ouverte d'incitation à l'installation s'affiche en effet en faveur des gens du Maranhão. Les élus locaux, mus par une stratégie électorale non dissimulée, veulent que la ville s'agrandisse et acquière un statut de ville frontière digne de ce nom. Les nouvelles habitations construites par les propriétaires avec les moyens du bord fournissent un cadre général assez hétéroclite où s'intercalent de simples cabanes mal rafistolées avec des maisons en dur reflétant leur nouveau statut de possédants.

Les migrations ne se sont pas effectuées simultanément : l'homme est venu en éclaireur, a évalué les possibilités de vie, s'est assuré de l'opportunité d'un travail, le plus souvent en Guyane, et a décidé

dans un second temps de faire venir sa famille. Ayant l'assurance d'un emploi rétribué comme il ne pourra jamais en avoir dans sa région natale, il est en effet plus commode que ce soit son épouse et ses enfants qui le rejoignent car les allers et retours avec le Maranhão sont longs et coûteux et peuvent, au mieux, s'effectuer une à deux fois par an. Le cas échéant, la venue de la parenté s'étend progressivement aux frères, aux sœurs, aux oncles en fonction des stratégies individuelles et collectives développées sur place. Ces migrations familiales successives ne permettent pas aux membres d'être réunis en permanence mais les autorisent à être ensembles plus fréquemment, à rompre l'isolement sur une trop longue durée. Les épouses cherchent à compléter les émoluments des maris qui ont parfois été contraints de s'endetter pour acheter le lot de terrain pour faire venir au plus vite les leurs. S'agissant d'une population sans diplôme et sans savoir-faire particulier[20], les opportunités de travail à Oyapoque s'amenuisent en dehors des petits commerces itinérants, de la restauration, de la couture et des salons de beauté, à moins que le conjoint n'investissent dans un baraquement en plein centre pour ouvrir un restaurant, un bar, une boutique. Mais l'écart entre l'offre et la demande limite les investissements à ceux qui disposent d'économies conséquentes : une simple location d'emplacement revient plus chère à Oyapoque qu'au centre de Macapá ou de Belém.

La localisation frontalière d'Oyapoque génère des dynamiques sociales et relationnelles exceptionnelles qui se retrouvent à Macapá et à Belém avec une intensité moindre. La taille modeste de la ville et les flux permanents facilitent les rencontres interpersonnelles entre individus, hommes et femmes, ressentant profondément l'isolement et l'insécurité. Le retour des immigrés brésiliens enrichis grâce à leur labeur en Guyane française constitue une manne providentielle, et tout un « dispositif d'accueil » s'organise pour qu'une partie de l'argent soit dépensée *in situ*… Les tentations sont faciles et une certaine frange de la population oyapoquaise sait percevoir la psychologie des personnes mobiles pour les faire succomber aux multiples sollicitations. Après avoir passé des mois dans la forêt privé de tout confort et après avoir expérimenté le stress de la clandestinité à Cayenne, les travailleurs brésiliens se refont une santé et se défoulent une fois de retour sur le sol de la terre patrie. On leur donne facilement la réputation de héros nationaux. Disons, en guise d'objectivité, qu'un consensus s'établit entre « les courtiers du plaisir »[21] et les migrants souffrant d'un manque d'attention affective de longue date.

Au cours des interviews libres, la question du sida fut spontanément abordée par quelques personnes en transit ainsi que par des habitants inquiétés. Un entrepreneur effectuant des allées et venues entre Kourou et Oyapoque se mit à expliquer qu'Oyapoque et Saint-Georges étaient des « villes sida ». Il connaissait d'autres zones frontières en Amazonie occidentale qui lui évoquaient le scénario franco-brésilien. Et de surenchérir, expérience à l'appui, que chaque frontière constitue un espace flou, incertain mais stimulant car il amalgame tous les plaisirs et les réjouissances qu'un homme souhaite. Dans l'émulation, affirme-t-il, on perd la raison et le préservatif est oublié, malgré la connaissance acquise (« mais pas moi ! », s'empressa-t-il de dire en ajoutant : « même quand j'ai bu »). Le sens commun suggère qu'à Oyapoque les gens perdent leur présence d'esprit en s'égarant dans les limbes des divertissements. Un autre migrant avançait avoir confiance envers les femmes d'ici mais pas dans celles qui sont mobiles, assimilées à des *vagabundas* et des *piranas*. Pourtant, les prostituées dans les boîtes sont les plus averties et refusent la plupart du temps un acte sexuel non protégé, même avec un surplus d'argent. Inversement, les femmes casées ont davantage de mal à être à l'instigation d'une démarche préventive. Rappelons ce qui a été dit précédemment : dans la culture Nord amazonienne, l'homme choisit et décide, ce qui ne signifie nullement que la femme n'ait pas son mot à dire. Mais les relations de genre dominantes l'inciteraient à adopter une attitude passive. Un jeune Amérindien confirma en toute candeur cette assertion lors d'un séminaire sur les MST et le sida : quand il se rendait en ville, s'il allait voir une prostituée, elle lui mettait systématiquement le préservatif, par contre s'il avait une petite amie (*namorada*) et couchait avec elle, il fallait que ce soit lui qui propose la capote car d'elle-même, elle n'évoquait jamais le sujet. Même si les affirmations rapportées sont probablement tranchées, elles reflètent néanmoins l'image que les hommes se font de

[20] Dans le Maranhão rural, les femmes sont strictement assignées à la maison et aux tâches féminines.
[21] Expression empruntée, en référence à celle de courtier du développement formulée par l'anthropologue Olivier de Sardan.

l'acceptabilité du *safer sex* chez les femmes et la représentation qu'ils se font de leur propre ascendance.

L'autre rive

De l'autre côté, à quelques kilomètres de bateau, c'est la France. Ou presque. Saint-Georges est effectivement sur le territoire guyanais mais la frontière administrative ne commence qu'après, une fois engagé sur la nouvelle route qui mène à Regina (Une heure trente de piste à travers forêt). Il n'y a pour ainsi dire pas de contrôle douanier à Saint-Georges d'Oyapock. Dans cette bourgade étrangement paisible peuplée de 2500 âmes, les Brésiliens sont nombreux à y vivre. Ils ne représentent pas loin d'un tiers de l'effectif total. Les premiers arrivés, il y a deux ou trois décennies, ont acquis la nationalité française. Les suivants détiennent uniquement la carte de séjour tandis que les derniers installés restent sans papiers. La présence de clandestins est loin d'être négligeable. Quoique à Oyapoque les termes de clandestin ou d'étranger illégal s'appliquent mal au contexte. La localité constitue un no man's land où même certains services publics emploient préférentiellement des Brésiliens non déclarés pour rénover leur bâtiment, effectuer les tâches ingrates ! Quotidiennement, des personnes d'Oyapoque viennent embaucher le matin. En fait, les Brésiliens sont partout : ils acheminent les produits de base qu'ils cultivent, ils chassent et pèchent, dominent le commerce et représentent la quasi-totalité des artisans. Les Brésiliens intégrés vivent au sein de la commune, mais il n'existe pas au cœur du bourg une réelle concentration des Brésiliens anciennement établis. La tendance est plutôt à l'éparpillement, et la répartition géographique reflète davantage le statut socio-économique que l'ordre d'arrivée.

Un quartier mérite toutefois une attention particulière. A l'extrême nord, sur le bord du fleuve, une quarantaine de bicoques en bois sur pilotis sont établies sur une zone inondable, reproduisant le mode d'installation typique de la favela amazonienne. Baptisée *Crico nosso*, la communauté exclusivement brésilienne était composée au départ d'Amérindiens ayant quitté le Brésil il y a une vingtaine d'année, près desquels se sont installée petit à petit des familles en provenance soit des petits villages de pêcheurs jadis fixés de l'autre côté du fleuve, soit de Macapá ou de Calcoëne (en Amapá). D'autres ont vécu plusieurs années à Cayenne mais, se sentant trop loin du Brésil, s'y sont rapprochés sans pour autant vouloir perdre les avantages acquis en Guyane : les droits sociaux, bien entendu, mais aussi l'accès à l'éducation française pour les enfants. Pour ces gens n'ayant pas bénéficié du système scolaire à leur époque, l'école brésilienne fait figure de parent pauvre. L'enseignement français représente une chance unique : outre le fait qu'il légitime la présence sur le territoire, il permet de recevoir une éducation de qualité qui facilitera un débouché. Pourtant, tous reprochent à l'unisson l'ennui qui règne en Guyane : « *on se divertit davantage à Macapá ou de l'autre côté du fleuve* ». Et pour cause. Les jeunes, quand ils sortent, traversent la rivière pour se rendre dans les bars et les boîtes. Les mêmes personnes reprochent unanimement à la préfecture guyanaise de les discriminer, alléguant que le maire fait tout pour les inciter à partir, ne prenant aucune initiative pour améliorer leur cadre de vie.

La prostitution est essentiellement alimentée par les Brésiliennes d'en face. Elles sont recherchées par les touristes et les Guyanais, autant pour leurs prouesses sexuelles que pour leur charme exotique. Très peu d'entre elles réside sur place, ne serait-ce qu'en raison des contraintes d'habitat, de cherté des locations et des rumeurs prêtes à s'enflammer bien plus vite qu'à Oyapoque. Elles se contentent de traverser le fleuve, proposant des services à domicile à une clientèle fidèle. D'autres prennent un amant du côté français. Certaines se déplacent également dans les villages situés en aval de l'Oyapock au moment de la remise du RMI… Temporairement, quelques unes vont loger à plusieurs si un « bienfaiteur » leur met une maison à disposition, ou lorsque une main-d'œuvre brésilienne séjourne sur place à l'occasion d'un chantier (construction, route, etc.). Les Brésiliens de Saint-Georges, quant à eux, voient d'un très mauvais œil l'arrivée de leurs compatriotes péripatéticiennes qui, pensent-ils, nuisent à l'image de marque de la population immigrée intégrée. Contrairement à Oyapoque, ces femmes ne reçoivent donc aucun élan de sympathie, de condescendance ni même de tolérance de la

part des résidants. On voit donc que le fait d'être du même pays en Guyane, mais avec des objectifs et des modes de vie divergents, n'implique pas une solidarité *ad hoc*.

La représentation véhiculée par les Guyanais à propos de la prostitution brésilienne ne vaut guère mieux, même si ces derniers entretiennent la profession abondamment et ont la réputation d'être les meilleurs clients. Un représentant de la mairie affirmait que 55% (sic) des filles sous contrat dans les boites d'Oyapoque étaient contaminées par le VIH. Déplorant que ces lieux de perdition ne soient pas soumis à des contrôles sanitaires stricts comme au Surinam, il confrontait l'insouciance de la population guyanaise qui évacue le risque sida au danger que représente les Brésiliens d'en face dont les comportements lui semblent « primitifs » (sic). Connaissant bien les services de santé de Saint-Georges, il demeurait convaincu par ailleurs que les prostituées brésiliennes ne se protègent pas, preuve en est qu'il en voit passer de nombreuses à l'hôpital local qui sont enceintes[22].

La présence brésilienne dans le département français : espoir et désillusion

La variété et le brassage ethnique de la Guyane constituent deux composantes historiques fondamentales de la population guyanaise (Chalifoux, 1996 ; Cherubini 1985). Des auteurs considèrent cette diversité comme une richesse alors que d'autres y voient un danger potentiel, un obstacle au développement (Mam-Lam Fouck, 1996). Si l'immigration brésilienne étudiée récemment par Zecchini (2001) est révélatrice de cette ambiguïté, elle n'en demeure pas moins une donnée essentielle des dynamiques sociales, culturelles et économiques de la Guyane. A l'image de ce qui a été dit pour l'Amapá, les médias du Brésil véhiculent une image idyllique de cette France sud-américaine : des articles envoûtants retracent les réussites des bâtisseurs du Centre aérospatial et de ceux ayant fui le Plan Real[23] du début des années 1990. Aujourd'hui, ces Brésiliens occupent une position enviée et respectée, dit-on, qu'ils n'auraient jamais pu obtenir chez eux (Ferraz, 1996). Au-delà de ces images d'Épinal, la réalité des situations reste évidemment plus nuancée et l'on est en droit de se demander si ces exemples mis en épingle ne relèvent pas de l'exception.

Laissant de côté les mouvements migratoires généraux abordés ailleurs (Mauren-Lascaux, 1990 ; Calmont, 1986 ; Giacottino, 1984) la présence brésilienne va retenir notre attention. Jusqu'au début des années 1960, elle resta insignifiante : elle se limitait à quelques artisans maçons et des familles de pêcheurs installés à Cayenne. Par contre les mouvements circulaires des commerçants accusaient déjà une certaine importance. Le bétail destiné à la viande d'embouche arrivait par bateau depuis l'Amapá et les transactions relatives à d'autres produits de première nécessité intensifia les rencontres interpersonnelles entre peuples voisins. L'émigration officielle et planifiée vers la Guyane débuta avec la construction du Centre aérospatial en 1964. Comme la population locale ne pouvait fournir que 20% des besoins en main-d'œuvre, le Centre National d'Études Spatiales (CNES) organisa le recrutement de Colombiens et surtout de Brésiliens à partir de Macapá et de Belém. A cette main-d'œuvre masculine, allaient s'adjoindre progressivement des femmes et des enfants. La politique du regroupement familial favorisa la venue de la proche parenté, tandis que de façon plus informelle la migration de jeunes femmes fut ponctuellement encouragée pour éviter le déséquilibre ponctuel du sex-ratio. Plusieurs travailleurs arrivés à cette époque attestent de la « compassion » des douanes et des employés français soucieux de remédier à l'absence de femmes afin, bien entendu d'éviter les débordements de ces hommes réputés fougueux. Le gouvernement aurait facilité l'arrivée de Brésiliennes afin d'empêcher que les hommes ne soient tentés de repartir chez eux définitivement ou provisoirement. Les Brésiliens moins attirés par les femmes Créoles que par la gent féminine de leur contrée se rappellent ces jeunes femmes ayant joué le rôle « d'assistante sociale » (sic) et dont un certain nombre finirent par se marier et rester sur place. En 1974, la population brésilienne représentait le second groupe étranger du département après les Surinamais.

[22] L'amalgame s'explique par la confusion générique de ce que représente la Brésilienne dans l'imaginaire brésilien : une femme seule qui se déplace est forcément une prostituée.
[23] Ajustement du real au dollar américain.

Le plan vert qui fut essentiellement dirigé vers le développement de l'agriculture suscita de nouveaux arrivages brésiliens non pas pour participer à la relance de la production agricole (réservée aux Guyanais et aux Métros) mais pour la construction des infrastructures : défrichage, routes, bâtiments divers. Avec le lancement du programme Ariane en 1982, le CNES adopta une politique de développement au profit de la Guyane et contribua à des actions de solidarité sur tout le territoire, principalement dans les endroits qui ne bénéficiaient pas directement de ses retombées économiques. Dans ce contexte, le secteur du bâtiment allait se renforcer. Les Brésiliens furent les principaux contributeurs aux ouvrages de construction.

Dans une Guyane où la croissance démographique commença à s'éveiller à partir des années 1980, on fit appel aux Brésiliens pour construire les écoles, les édifices publics, les lotissements, les quartiers résidentiels des fonctionnaires venus de la métropole. A Kourou bien entendu (siège du CNES) mais aussi dans l'agglomération de Cayenne ainsi que dans les petites villes de moindre importance. Un tel mouvement généralisé contribua à essaimer la population de langue lusophone de l'est à l'ouest du littoral. Il est intéressant de noter que ces migrations brésiliennes se juxtaposèrent avec des mouvements migratoires en provenance d'autres pays. A Saint-Laurent du Maroni par exemple, l'arrivée des Brésiliens sur les chantiers publics au milieu des années 1980 coïncida avec la vague des réfugiés fuyant le Surinam en pleine guerre civile. Ces populations fugitives bénéficiaient d'un libre mouvement. Peu à peu, une importante prostitution occasionnelle se développa chez les Surinamaises, progressivement supplantée par une prostitution davantage professionnelle chez les Dominicaines[24]. Une situation similaire de rencontre entre hommes brésiliens et femmes de Caraïbes survint en d'autres lieux : la construction du barrage hydroélectrique de Petit-Saut et les aménagements de Saint-Élie réalisés par une main-d'œuvre originaire de l'Amapá et du Pará drainèrent aux abords des chantiers la venue de femmes dans la prostitution qui avaient fui leurs pays (Haïti, Guyana, Surinam).

Sommes toutes, l'intensification des migrations brésiliennes commença à peser en leur défaveur dans les années 1970 après le mirage de Kourou. Contre toute attente, le retard des programmes de lancement de la fusée Ariane suscita indirectement un reflux des populations migrantes de Kourou vers Cayenne. Peu à peu les autorités locales s'inquiétèrent du grignotage de l'espace urbain par les familles brésiliennes qui arrivaient de plus en plus nombreuses, construisaient des habitations spontanées et créait des zones bidonvilles dans et autour de la préfecture. Encore faut-il se rappeler que cette époque correspond à la période la plus dure de la dictature au Brésil et qu'un bon nombre d'immigrés ne manifestaient aucunement l'envie de retourner chez eux, préférant attendre de voir ce qui se passe et espérer des jours meilleurs. Une première opération franco-brésilienne, dénommée Rebraca (*Retorno Brasileiros de Caiena* : retour des Brésiliens de Cayenne), prit en charge le rapatriement de plus d'un millier de ressortissants en 1974. Le gouvernement français espérait se défaire d'une population embarrassante ayant acquis, en outre, la triste réputation d'être les « vecteurs » de maladies vénériennes et du paludisme. Mais la microsociété déportée vers Belém avec compensation à l'appui ne tarda à revenir en Guyane. Entre 1982 et 1990, la population brésilienne augmenta officiellement de 57%. Ce taux qui ne tient pas compte des personnes non régularisées fit passer la population de langue portugaise de 3350 à 5600. Dix ans plus tard, le total des immigrés brésiliens franchissait le cap des 6000 pour se rapprocher des 7000 en 2000.

Tableau 7 : Population brésilienne en Guyane, selon l'âge et le sexe (1990)

[24] Informations personnelles de Diane Vernon (anthropologue).

Groupe d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
0 –14 ans	595	17%	633	25%	1228	21%
15 – 24 ans	620	18%	584	23%	1204	20%
25 – 39 ans	1379	41%	909	35%	2288	38%
40 – 59 ans	720	21%	383	15%	1103	19%
60 ans et +	87	3%	52	2%	139	2%
Total	3401	100%	2561	100%	5962	100%

Source: INSEE, 1990.

A partir des années 1980 un double mouvement s'opère. Une partie des migrations brésiliennes répond à la demande des grands chantiers, mais les bureaux d'emplois recrutent de préférence la main-d'œuvre étrangère déjà sur place, sans compter que les grands travaux connaissent une baisse sensible d'intensité. Par ailleurs, quand bien même on fait appel aux Brésiliens, des mesures sont prises pour qu'ils ne restent pas éternellement. Ceux qui participèrent à la construction du barrage de Saint-Élie se rappellent qu'ils furent directement pris en charge à partir de leur pays, déposés sur le chantier en Guyane et ramenés à l'aéroport une fois le travail fini, sans qu'ils aient l'occasion de voir autre chose que la forêt guyanaise. Parallèlement, un second type de migration commença à s'intensifier à partir de l'Amapá. Les candidats à l'émigration viennent d'eux-mêmes, passent la frontière sans visa et vont rejoindre une connaissance, de la parenté, tandis que d'autres de plus en plus nombreux se lancent dans l'aventure et, grâce à des réseaux préalablement établis, se rendent dans une des villes de la Guyane. Certains y viennent pour tenter leur chance car depuis plus de dix ans le bruit a commencé à circuler que la Guyane était une terre d'accueil (durant les travaux des années 1960). Ceux qui sont revenus en ont parlé à leurs proches et l'effet boule de neige n'a cessé de s'accentuer bien que les possibilités d'insertion légale et de travail durable soient considérablement réduites.

Parallèlement à ceux qui envisageaient encore dans les années 1980 de s'installer de façon durable, commencent à arriver des migrants dénués de toute intention de vivre en Guyane mais prêts à faire le sacrifice d'y rester travailler pour quelques temps, d'amasser un pécule et de revenir ensuite au pays. Ces mouvements oscillatoires sont le fruit d'hommes et de femmes célibataires essentiellement jeunes (20-35 ans). Si certains arrivent en couple, la tendance générale est de migrer en petits groupes de personnes du même sexe ou seuls. Les femmes s'orientent vers des activités plus spécifiquement urbaines, dans la vente privée, les services, les emplois domestiques, à moins qu'elles ne viennent rejoindre un compagnon sur le littoral ou en forêt. D'autres, téméraires, partent seules pour Cayenne mais aussi dans la forêt pour rejoindre les zones d'orpaillage et exercer le cas échéant la prostitution (non comme une profession mais comme une activité temporaire), le métier de cuisinière ou d'infirmière de fortune, éventuellement les trois à la fois. Les hommes sans qualifications professionnelles et/ou excités par la fièvre de l'or arpentent la forêt pour rejoindre les nombreux placers clandestins ou légaux tandis que les autres se rapprochent de Cayenne ou de Kourou.

Ceux dont les papiers sont régularisés bénéficient de meilleures opportunités. D'une manière générale, les femmes se retrouvent dans les emplois de service (civils et administratifs pour celles intégrées et régularisées, autrement privés chez les commerçants et les particuliers) et les hommes dans la catégorie ouvrière. On verra plus loin que dans la catégorie des personnes contaminées par le sida, les femmes multiplient davantage leurs efforts que les hommes dans la quête d'un emploi. En 1990, L'INSEE recensait 50% des ouvriers brésiliens dans le travail artisanal, 28% dans les activités industrielles et 10% dans le travail agricole (pour un total de 1100 travailleurs ouvriers brésiliens). A noter que le taux de chômage touche moins les Brésiliens (5,9%) comparativement à la moyenne départementale. Leur importance dans l'économie guyanaise est proportionnelle à leur savoir-faire et à leur esprit d'entreprise. Ils représentent 17% de la population active (Raynaud, 1994) et 40% des salariés du secteur des Bâtiments et des Travaux Publics. Ils sont relativement nombreux dans les entreprises de pêche et en forêt pour la production de bois de sciage, de bardeaux et d'exploitation de palmier pinot (Gorgeon, 1986).

C'est également à partir des années 1980 que les migrations féminines augmentent proportionnellement plus vite que celles des hommes. En 1990, 43% des Brésiliens recensés sont des femmes alors qu'elles étaient moins de 15% au début des années 1970. Au niveau démographique, on constate davantage de femmes en âge de fécondité. Alors que la baisse de la fécondité est en route dans les pays d'origine y compris au Brésil où l'indice synthétique de fécondité est à 2,5 pour l'ensemble du pays, celui des migrants en Guyane apparaît supérieur à celui du pays d'origine. Il y aurait donc une part croissante des naissances de mères étrangères dans le département où un enfant sur deux naît effectivement d'une femme immigrée (Tartainvile, 1998). Le paradoxe est que le regroupement familial autorisé depuis 1974 bat de l'aile et n'est pratiquement plus en vigueur en Guyane française bien qu'il n'y ait aucun texte qui le stipule. Il est indubitable que l'empêchement par l'administration à faire venir les famille constitue une stratégie délibérée ayant pour objectif non seulement de freiner les candidats à la migration mais d'inciter les époux esseulés à revenir dans leur pays. Il n'empêche que de nombreuses femmes migrent seules, contactées par un parent, une connaissance, un ami, ces derniers s'étant parfois arrangés au préalable pour lui trouver un travail non déclaré. D'autres, qui s'estiment plus chanceuses, ont trouvé un partenaire français en voyage touristique à Belém ou Macapá qui les invita à venir le rejoindre. Il n'est pas rare que ces rencontres finissent par des mariages mixtes, seule voie légale pour la régularisation sur le territoire. Des jeunes femmes encore plus entreprenantes se rendent d'elles-mêmes à Cayenne ou à Kourou dans l'espoir de trouver un mari non brésilien. Ces stratégies individuelles témoignent de la diversité et du dynamisme migratoire de la moitié féminine dont certaines envisagent leur venue en Guyane comme un moment décisif dans leur itinéraire de vie : acquérir une carte de séjour, trouver un homme qui lui proposera de nouvelles perspectives de vie, s'investir dans un travail correctement rémunéré, quitte à revenir plus tard au Brésil notamment quand elles y ont laissé des enfants en bas-âge.

Il convient d'ajouter en contrepoint à ces stratégies féminines d'implantation durables, la mobilité spatiale liée à la prostitution. Il ne s'agit pas de la minimiser comme certains bons Samaritains tentent vainement de le faire, ni de l'exagérer ainsi que l'exprime dans ses phantasmes la population guyanaise masculine, mais de la considérer comme un état de fait. Hormis la prostitution informelle mais extrêmement récurrente dans les sites d'orpaillage, les réseaux de prostitution constitués à partir de Belém et de Macapá acheminent des Brésiliennes en direction du Surinam (Leão, 2001) et vers la Guyane. Toutefois, à notre connaissance, il n'existerait pas de réseaux internationaux aussi structurés et développés que ceux dans le Sud envoyant les jeunes femmes en Europe (Souza Leite, 2000). La Guyane est en aucun cas une plaque tournante de la prostitution à destination d'autres pays[25]. Les jeunes femmes viennent dans un premier temps travailler sous contrat allant de un à trois mois dans une des boîtes qui font la notoriété d'Oyapoque puis il est proposé à certaines d'aller « visiter » Cayenne ou Kourou. Repérées pour leur charme par des Français ou sous la tutelle de protecteurs brésiliens, elles partent en petits groupes accompagnés et effectuent un séjour à Kourou ou à Cayenne. D'autres moins chanceuses se retrouvent dans des maisons closes de la capitale guyanaise. Contrairement à d'autres pays du Sud (Derk, 1999a et b), le trafic reste ponctuel et limité dans le temps. La plupart séjournent pour un temps très bref : des passeurs en relation avec certains milieux mafieux s'étant chargés de leur garantir un contrat lucratif pour quelques jours. Enfin, il n'est pas rare que certaines mineures, souvent originaires d'Oyapoque, se fassent manipuler pour passer de la drogue. Ces jeunes filles, appelées *mulas*, reçoivent la garantie qu'elles ne risquent rien[26]. Elles se font duper par des intermédiaires revendeurs qui leur promettent une récompense à l'arrivée après la remise du colis. Le bureau des tutelles des mineurs d'Oyapoque nous a confirmé l'existence d'histoires étrangement semblables où l'adolescente en guise de récompense se voyait contrainte de vendre son corps dans des bordels fermés et sordides de Cayenne.

Comme nous venons de le décrire, la présence brésilienne rassemble des sujets plus ou moins stables dans l'espace et dans le temps et certains auteurs se sont efforcés de les catégoriser en fonction de ces critères spatio-temporels, durables ou provisoires, sur lesquels nous ne reviendrons pas

[25] Contrairement au Surinam qui peut être un tremplin pour la Hollande et les pays adjacents.
[26] Au Brésil un mineur ne peut être appréhendé pour trafic. Les adolescentes ne savent évidemment pas que la loi diffère en France.

(Chérubini, 1985). Il importe plutôt de souligner que la présence brésilienne se compose d'une grande variété de profils sociaux interdisant toute généralisation. La pauvreté en toile de fond peut jouer un rôle déclencheur mais si l'on regarde de plus près, ce ne sont pas toujours les plus pauvres qui migrent. De nombreux Brésiliens sont des ouvriers spécialisés. Ils savent grâce à leurs réseaux d'information qu'ils détiennent cet avantage sur les Guyanais. Souvent, ils travaillent déjà dans leur pays mais c'est la différence significative de salaire qui les poussent à venir. A l'étranger, la solidarité est de mise entre personnes du même milieu, pas forcément avec les gens de rencontre dont on n'a pas toujours confiance, mais au moins avec les proches restés sur place ou revenus au pays. Une fois qu'un individu est professionnellement intégré, il cherche à son tour à recommander ses congénères et les incite à venir par la suite. Réciproquement, tel entrepreneur ou tel patron qui emploie déjà au moins un Brésilien dont il est satisfait va demander à ce dernier, s'il a besoin de main-d'œuvre supplémentaire, de ramener « des personnes de confiance, comme lui ». Nombreux sont les réseaux qui se constituent de la sorte, garantissant parallèlement le renouvellement des travailleurs.

Il va de soi que tous n'ont pas dès le départ une idée arrêtée de ce qu'ils envisagent de faire à moyen terme. Beaucoup viennent en Guyane pour voir, tester les possibilités de connexion, envisager les opportunités. On approche par tâtonnement. Un grand nombre de femmes et d'hommes s'y rendent une première fois quelques jours, puis repartent et reviennent. Car contrairement à ce qui se passait une vingtaine d'années auparavant, des éléments nouveaux d'information viennent déchanter la vie en Guyane. Ce n'est plus l'eldorado promis, sauf peut-être pour certains orpailleurs qui ne renoncent jamais à leur espoir enchanté qui transcende les frontières, quitte à entreprendre les trajets les plus osés y compris depuis le Surinam. La population brésilienne est de plus en plus consciente des difficultés administratives pour faire valoir ses droits, des obstacles qui s'érigent à leur séjour sur le territoire, des problèmes relationnels avec la population locale et des tensions sociales et ethniques grandissantes en milieu urbain. Certains appréhendent de retrouver en Guyane des conflits sociaux et des situations de précarité similaires à celles existantes dans leur propre pays.

Alors, pourquoi migrer ? Reste peut-être l'attrait d'une nouvelle terre, la volonté de retrouver un être aimé et, moins poétiquement, la possibilité fugace mais bien concrète d'obtenir un travail susceptible de se transformer en petit pécule une fois de retour au pays. Les désillusions une fois en Guyane sont donc fréquentes, notamment chez les jeunes qui retrouvent ni l'ambiance magique de chez eux, ni la qualité des relations sociales et les divertissements qu'ils chérissent. Je ne sais plus quel auteur affirmait que le Brésilien ne se sentait bien que chez lui, mais il y a incontestablement une part de vérité pour ceux qui séjournent en Guyane. Le formidable pouvoir d'attraction exercée par la Guyane française non seulement par les Brésiliens mais par tous les peuples d'Amérique latine et des Caraïbes ne doit pas être confondu à une volonté irrésistible de s'y installer. L'attirance ne signifie pas fascination. De multiples trajectoires, dont certains pans seront dépeints ultérieurement, illustrent ce changement récent qui s'est opéré dans les représentations des migrants à l'égard de la Guyane. Disons d'emblée que la plupart les Brésiliens perçoivent désormais leur séjour comme un moment provisoire, allant jusqu'à l'assimiler à une épreuve, un temps de sacrifice.

A cet égard, la présence brésilienne comprend différentes facettes : elle rassemble de façon hétérogène des personnes ayant fait le choix d'y vivre, d'autres arrivés sous la contrainte ou la pression exercée par leur milieu d'origine, d'autres venus par curiosité, d'autres encore par stratégie matrimoniale, sans oublier ceux qui espèrent trouver dans le département le minimum d'argent nécessaire à monter leur affaire - commerce, entreprise - une fois de retour chez eux. D'une façon générale, elle est donc temporaire et en constant renouvellement : le flot des migrants constaté à un certain moment alimente et génère de nouvelles vagues de migrants dans l'avenir proche. Qui plus est, la majorité des migrants temporaires sont des personnes esseulées ayant souvent un conjoint ou une famille qui ne les a pas accompagnées. Une telle tendance a inévitablement des répercussions sur les dynamiques sociales et relationnelles à la fois dans le pays amphitryon et dans le pays d'origine, et par voie de conséquence sur les comportements sexuels.

Chapitre 5

Mobilité des populations indigènes dans l'espace transfrontalier

(Claudia López Garcés et Frédéric Bourdier)

Les Indiens Karipuna, Galibi Marworno, Palikur et Galibi de l'Oyapoque habitent les aires indigènes d'Uaçá, Juminá et Galibi, situées dans la commune d'Oyapoque en Amapá, à proximité de la frontière entre le Brésil et la Guyane française. Ces populations ont été touchées au cours des dernières années par une forte incidence des maladies sexuellement transmissibles (MST) ainsi que, plus récemment, par l'épidémie à VIH, avec quatre cas de sida officiellement recensés - dont deux ont déjà été fatals - parmi les Indiens Karipuna et Galibi Marworno, en plus des cas observés du côté français (officiellement, au moins une personne amérindienne vivante est sous traitement à Saint-Georges).La présente étude ethnographique part de l'hypothèse que les dynamiques socioculturelles de la zone frontalière, caractérisées par la forte mobilité sociospatiale des peuples indigènes et des différentes populations qui y vivent et/ou y transitent constituent un des facteurs sociaux qui prédétermine l'augmentation de la prévalence desdites MST.

Les difficultés bureaucratiques auxquelles sont confrontés les programmes de prévention et de traitement, ainsi que la discrimination dont les victimes de l'épidémie souffrent au sein des villages indigènes, mais aussi vis-à-vis de l'univers social des "blancs", contribuent aussi à entraver l'efficacité des rares actions ponctuelles s'orientant vers la prévention et le contrôle des maladies sexuelles. En ce sens, tant les caractéristiques socioculturelles aussi bien que les composantes économiques et politiques se conjuguent pour former un cadre complexe favorisant l'émergence des facteurs de vulnérabilité et réduisant les possibilités de prévention et de traitement pour les MST et le sida. La recherche repose sur la méthode ethnographique classique. Elle s'est déroulée au cours de séjours répétés en 2002. Elle inclut l'observation participante au sein de la ville d'Oyapoque ainsi que dans quatre villages indigènes (de l'aire Galibi et Juminá), renforcée par des entretiens menés auprès de la population et auprès des acteurs responsables de la santé publique et des affaires indiennes. La réalisation du travail de terrain fut limitée par les procédures administratives nécessaires pour pénétrer les aires de peuplement indigène[27] (nous eûmes l'autorisation de nous rendre seulement dans une partie de la zone) et encore davantage par la circonspection des professionnels de santé et des populations locales à aborder de front le sujet. En conséquence, ce travail, loin d'être un aboutissement

[27] Au Brésil, la désignation "aire indigène" est réservée à une terre juridiquement démarquée dont les Indiens ont l'usufruit.

en soi, constitue un abordage préliminaire des relations entre mobilité des populations indigènes et diffusion de l'épidémie à VIH.

La mobilité sociospatiale comme facteur de vulnérabilité aux MST/sida

Les ethnies amérindiennes de la région frontalière ont, au cours de leur histoire, maintenu d'incessants contacts interethniques avec les populations afro-descendantes (Marrons, Quilombos, Créoles, Saramaka), les agents coloniaux, les populations du Brésil et de la France. À partir des années quatre-vingt, suite à l'ouverture de la route BR-156 reliant Oyapoque à Macapá et l'intensification des activités minières et d'orpaillage, des migrants venus des régions pauvres du Brésil débarquèrent à la recherche de travail. La prostitution qui accompagne tout processus d'essor économique rapide fut ici liée à l'orpaillage. De nos jours, en plus de la population brésilienne locale en cours d'installation ou en transit, le tourisme sexuel attire en fin de semaine les populations de la Guyane française.

Les peuples indigènes de la région sont impliqués dans les dynamiques socio-économiques locales (orpaillage, urbanisme, commerce, activités liées à la frontière), ce qui a pour effet d'élargir leur mobilité sociospatiale traditionnelle. Cette dernière s'est redéfinie autour d'un axe nord/sud reliant les villes de Cayenne, Regina, Saint-Georges/Oyapoque, Macapá et Belém. Les groupes Karipuna et Galibi Marworno des aires indigènes d'Uaçá sont ceux dont la mobilité s'est accrue le plus suite à ces nouvelles dynamiques. De ce fait, ils expérimentent davantage de contacts inter-ethniques que les Palikur, géographiquement plus éloignés de l'axe routier et de la ville d'Oyapoque. Encore faut-il reconnaître que la protection des autres groupes n'est pas uniquement garantie par la distance physique. Leur attitude davantage prononcée de méfiance envers le monde des Blancs et les liens tissés ces dernières années avec des mouvements religieux protestants ont préservé les Palikur et certains Galibi Marworno du risque de transmission de maladies sexuelles.

L'afflux de migrants sur le haut Oyapock et en Guyane française a parallèlement provoqué une augmentation de la circulation migratoire des peuples indigènes de la frontière (Musolino, 2000 : 37). De constantes migrations parmi les Galibi Marworno du village de Kumarumã, les Palikur du village Kumuné et les Karipuna de la zone indigène d'Uaçá s'effectuent vers la ville de Regina en Guyane française. Comme les Brésiliens du Nordeste, les Amérindiens y vendent leur force de travail sur les sites d'orpaillage. Après l'époque de la construction de la base spatiale de Kourou dans les années quatre-vingt, les Indiens Karipuna se montrèrent volontaires pour travailler temporairement dans les zones soumises à l'orpaillage en Guyane française. La ville de Cayenne constitua un autre point de convergence de migrations indigènes provenant d'Uaçá. Les Indiens y travaillèrent dans la construction civile, en tant que boulangers, chauffeurs, mécaniciens, vendeurs ou employés domestiques dans le cas des femmes (Musolino, 2000 : 94-99). La migration des Galibi Kalina constitue une exception car ils migrèrent en sens contraire : ils quittèrent la région de Mana en Guyane française (à proximité de la frontière avec le Surinam) pour se rendre à Oyapoque au Brésil, où ils se fixèrent, à partir des années cinquante, dans le village de São José des Galibi.

Les dynamiques migratoires inhérentes aux peuples indigènes qui s'étendent de la frontière vers le centre-nord de la Guyane française sont fondamentalement masculines et concernent essentiellement les jeunes célibataires. La migration féminine existe, mais dans de moindres proportions. Ces migrations se réalisent dans des conditions de clandestinité et revêtent un caractère temporaire, même si elles peuvent se transformer en migrations définitives dans le cas d'hommes et de femmes qui se marient avec des Indiens ou des non Indiens guyanais. Le mariage devient alors une stratégie destinée à résider en Guyane française, à l'image de ce quartier de Cayenne où habitent des familles indigènes originaires du Brésil. Une autre caractéristique des flux migratoires indigènes vers la Guyane française est leur saisonnalité. Les mois d'été correspondent à l'époque idéale pour rechercher un emploi dans

les sites d'orpaillage en bord de fleuve dans la région de Regina, vu que les basses eaux facilitent le travail. Durant la saison des pluies, le niveau monte et le temps est venu de rentrer au village avec l'argent gagné temporairement ou plutôt avec ce qui a été économisé. Cet argent est utilisé pour l'achat de moteurs de barques, de générateurs, de réfrigérateurs, de gazinières, etc. : articles impossibles à acquérir avec le maigre produit de la vente de denrées agricoles et de poissons sur les marchés locaux de Saint-Georges et d'Oyapoque.

En écho à l'expression Galibi Marworno : "La Guyane est bonne pour gagner de l'argent, mais pour vivre c'est mieux de notre côté", la plupart des Amérindiens interviewés dans les villages Galibi, Ariramba, Uahá et Kunaná s'accordent pour dire que le Brésil offre une meilleure qualité de vie que la Guyane, même si le département français constitue indéniablement le meilleur endroit pour gagner de l'argent. Dans le cas des Amérindiens, les concepts de bien-être et de qualité de vie ne sont pas directement associés à un simple gain économique mais à l'accès au territoire, à la disponibilité en ressources naturelles et à l'intérêt que le gouvernement porte à leur devenir au travers des lois protectionnistes de l'État brésilien. La plupart d'entre eux pensent qu'il est plus agréable de vivre au Brésil car de "ce côté", les Indiens bénéficient d'un territoire protégé par le gouvernement fédéral. Ce dernier garantit aussi l'éducation via les programmes de scolarité bilingues (ce que ne fait pas la France qui maintient une politique éducative d'assimilation) et la santé au travers d'une coopération avec la Fondation Nationale de Santé (FUNASA), même si ces "garanties" présentent de sérieuses défaillances. En revanche, la Guyane française offre de nombreux avantages financiers, sociaux (RMI, sécurité sociale, etc.) et distribue des aides pour les enfants indigènes. Cependant la terre, la santé et l'éducation relèvent en partie de la responsabilité des familles (maintien des titres de propriétés, achat de médicaments, de fourniture scolaire), comme pour n'importe quel citoyen français[28].

En plus des mouvements temporaires de population vers la Guyane française, d'autres dynamiques migratoires en direction des villes de Macapá et Belém prennent place à partir du cours de l'Oyapoque. Il s'agit principalement de jeunes indigènes ayant pour objectif la poursuite de leurs études secondaires et, pour quelques-uns, l'entrée à l'université à moins qu'ils ne recherchent l'obtention d'un emploi stable en milieu urbain. Ces flux migratoires sont liés à d'autres facteurs socioculturels tels la valorisation de l'éducation en général et de la scolarisation « chez les Blancs » en particulier, et le prestige social qui découle de vivre une expérience en ville. Notons que les indigènes ayant eu la possibilité de réaliser des études universitaires sont aujourd'hui des dirigeants remarqués de l'association APIO ou jouissent d'emplois stables dans le secteur public à Oyapoque. Intéressement, ce sont surtout des femmes indigènes qui sont parvenues à accéder aux filières universitaires et à compléter un diplôme. La mobilité des femmes vers les villes de Macapá et de Belém est également présente. Par le passé, il était courant parmi les familles indigènes d'envoyer la fille la plus jeune dans les villes d'Oyapoque, Macapá ou Belém, pour travailler comme domestiques chez les familles de "blancs" connus, en échange de quoi ces dernières se chargeaient de leur éducation (schéma adoptif qui ressemble étrangement à l'histoire d'Anita du premier chapitre). Certaines finirent par se marier avec des Brésiliens non Indiens et restèrent en ville, d'autres retournèrent dans leurs villages.

Parallèlement à ces flux migratoires transfrontaliers qui s'étendent jusqu'à Kourou, Macapá, Belém et l'intérieur de l'Amapá, les peuples indigènes présentent de constantes relations intervillageoises assorties d'une mobilité en direction du complexe transfrontalier Oyapoque/Saint-Georges. Cette mobilité pendulaire ou occasionnelle se traduit par trois dynamiques spatiales différenciées : en premier lieu les voyages hebdomadaires destinés à vendre les produits sur le marché local, en second lieu la permanence d'Amérindiens dans la ville ayant déjà adopté un style de vie nettement différencié et en troisième lieu les visites effectuées par la parenté restée au village à ceux installés en milieu urbain. Ce triple phénomène qui date de plus d'une vingtaine d'années induit un processus irréversible

[28] En 1946, quand la Guyane française est devenue un département de la France, les peuples indigènes qui y habitaient ont été considérés citoyens français. Au nom des principes juridiques d'égalité et de liberté, la France ne reconnaît pas la spécificité ethnique ni les droits collectifs des peuples indigènes.

d'urbanisation des peuples indigènes. Dans le premier cas, les Indigènes provenant des villages lointains comme Kumarumá et Kumené (aire indigène d'Uaçá) doivent entreprendre un voyage de dix heures de barque, en passant par le fleuve pour rejoindre le littoral, avant d'arriver à destination. Généralement ils demeurent un jour ou deux en ville le temps de vendre les produits au marché, acheter le nécessaire à ramener au village, passer à la FUNAI, à l'APIO ou dans d'autres institutions municipales.

Le séjour à la ville est mis à profit par les hommes pour se divertir et boire dans les bars, et aussi pour fréquenter les bordels, pendant que les femmes restent sur les barques à surveiller les enfants et les achats. Les Indiens provenant des villages plus proches d'Oyapoque, tels Manga et Curipi qui sont localisés en bordure de route, ainsi que Galibi et Ariramba (aire indigène Galibi), Uahá et Kunaná (aire indigène Juminá), qui se situent sur la rive droite de l'Oyapoque, fréquentent la ville deux fois par semaine, en général le lundi et le vendredi, mais le temps de séjour urbain est plus court car ils rentrent au village à la fin de la journée, une fois leur transaction réalisée. En ce qui concerne les installations urbaines durables, on estime qu'il existe environ 200 Amérindiens vivant à Oyapoque. La majorité d'entre eux appartient aux ethnies Karipuna, Galibí Marworno et Galibi d'Oyapoque. Leur permanence en ville résulte du fait que certains bénéficient d'un emploi à la FUNAI ou à l'APIO. Mais ce n'est pas tout. Les segments composés d'Indiens impliqués dans la vie politique locale, occupant des postes de conseillers municipaux, comme l'ex-maire indigène de la ville appartenant à l'ethnie Galibi Marworno, adoptent résidence à Oyapoque. On retrouve également des familles composées de femmes indiennes, toutes ethnies confondues, mariées à des Brésiliens qui ont des emplois stables tels que professeurs et fonctionnaires publics ou informels tels que maçons et charpentiers. Notons un segment particulier composé de jeunes indigènes, la plupart adolescents, qui sont arrivés en ville avec comme objectif de poursuivre leurs études secondaires, les villages ne disposant que de la scolarité primaire. Ces jeunes étudiants vivent le plus souvent dans les maisons de parents proches (oncles, frères plus âgés) mais certains louent des chambres à moins qu'ils ne soient logés dans des auberges mises à leur disposition par l'APIO. Dans tous les cas, il est important de rappeler que la présence des Indiens dans l'espace urbain n'est pas, à de rares exceptions près, de nature continue et les liens matriciels avec les villages d'origine sont maintenus. Les Amérindiens rendent visite à leurs familles à l'occasion de fêtes traditionnelles, de rencontres sportives, et pour passer les vacances ou encore lorsqu'ils ressentent le besoin de se rapprocher de leurs parents, en cas de maladies ou à l'occasion d'un décès d'un des membres du village. Quelques étudiants indigènes retournent dans leur village en fin de semaine, si celui-ci n'est pas trop éloigné de la ville.

Dans la petite ville guyanaise de Saint-Georges, la présence indienne est plus importante qu'à Oyapoque. On dénombre une population indigène d'environ mille personnes, répartie entre les quartiers de Bambu et Nova Esperança. Le quartier de Bambu, proche du centre-ville, a été récemment aménagé par le gouvernement français, dans un style architectural de maisons uniformes à un étage destinées à héberger les familles indigènes Palikur aux habitations traditionnelles estimées précaires. Certaines de ces familles sont originaires de la région d'Uaçá, au Brésil, qu'ils ont quitté au début des années soixante-dix à cause d'un conflit interne ayant divisé l'ethnie. Ils ont ensuite migré vers le village de Pativieu, situé sur la rive gauche du fleuve Oyapoque, optant pour la citoyenneté française (Musolino, 2000 :96). Il est intéressant de noter que les Palikur ayant choisi de demeurer au Brésil sont restés dans l'aire indigène d'Uaçá, fixés dans divers villages localisés sur le bassin versant de la rivière Urucaua, leur territoire traditionnel. En comparaison aux autres ethnies, ce sont ceux qui maintiennent le moins de contact avec le milieu urbain et le monde des Blancs. Dans le quartier de Nova Esperança, vivent des familles originaires du Brésil, et parmi elles quelques-unes sont composées d'Indigènes Karipuna et Galibi Marworno. Ce quartier localisé sur la rive du fleuve Oyapoque s'est construit petit à petit, en fonction du rythme irrégulier d'arrivage de nouvelles familles ayant choisi de ne plus vivre côté Brésil, tout en continuant cependant à maintenir des liens avec les membres des villages d'en face, localisés à quelques heures de transport par voie routière. À la différence du quartier Bambu où vivent les Palikur, le quartier de Nova Esperança connaît de graves problèmes d'assainissement, lui conférant un aspect de bidonville fortement marginalisé en terme d'interventions publiques.

Cette brève description de la mobilité sociospatiale des peuples indigènes (dont certains comme les Palikur et les Galibi furent artificiellement divisés par l'établissement et le renforcement d'une frontière administrative) permet d'appréhender, en dépit de cette ligne imaginaire, la constante circularité transfrontalière des déplacements de la population indigène entre les villages indigènes et les villes, et d'un pays à l'autre. Cette mobilité agit, nous allons le voir, comme un facteur politique et socioculturel favorisant la vulnérabilité des peuples amérindiens aux MST et au VIH. Insérés dans un contexte géographique où leur mode d'existence aussi bien que leur condition de survie leur imposent une constante mobilité, les populations indigènes entretiennent, bon an mal an, des contacts avec des personnes considérées à haut risque et potentiellement porteuses de pathologies transmissibles. Les maladies sexuelles qui circulent continuellement dans les centres urbains, que ce soit les grandes villes comme Cayenne, Macapá ou Belém ou de plus petits centres urbains comme l'axe Oyapoque/Saint-Georges, comptent parmi celles-ci. Partout, les contacts interethniques y sont fréquents et dans les centres urbains grandes sont les tentations qui contribuent à élever le niveau de vulnérabilité envers les MST et au sida (prostitution banalisée, modèle d'une sexualité libérée des Brésiliens et des Guyanais).

Orpaillage, prostitution et sida : les Indiens entre "premier monde" et "tiers-monde"

Oyapoque est localisé entre deux pays aux niveaux socio-économiques contrastés, ce qui en fait l'unique frontière d'Amérique du Sud entre le premier et le tiers-monde (López Garcés, 2001). Il s'agit-là d'un élément fondamental à prendre en considération pour identifier l'ensemble articulé des facteurs qui prédisposent à l'augmentation des MST/sida dans l'espace transfrontalier.

De toutes les dynamiques complexes engendrées par cette situation, il est utile de se pencher, en premier lieu, sur la grande affluence de populations en provenance du Brésil, notamment des États du Maranhão et du Ceará. La région constitue une zone de transit pour entrer de façon clandestine en Guyane française pour y chercher des opportunités de travail et de meilleurs salaires que ceux que le Brésil peut offrir à ses habitants. Indubitablement, l'orpaillage représente l'activité économique qui attire le plus grand nombre de migrants brésiliens dans la région. Si cette activité a débuté à l'orée du XX^{è} siècle, ce n'est qu'aux alentours des années quatre-vingt, avec la construction de la route depuis Macapá, que les flux migratoires s'intensifièrent. Le phénomène généra des répercussions sur la croissance de la ville d'Oyapoque et sur l'apparition de villages-champignon dénommées *corrutelas* autour des sites d'exploitation dans la forêt.

Parmi la population migrante venue du Brésil se détache une forte présence masculine, ayant pour objectif de "passer de l'autre côté" afin de vendre son potentiel de production sur les sites d'orpaillage et les chantiers de construction publique, comme charpentiers et maçons. Notons également l'importante population féminine à la recherche de places d'employées de maison ou disposées à offrir leurs services sexuels sur les sites d'orpaillage et dans les villes de la Guyane française et du Surinam. Cette population arrive à Oyapoque, passage obligé sur la route de la Guyane, et y réside un certain moment afin de se créer les contacts qui lui permettront de traverser la frontière. Durant ce lapse de temps, nombreux sont ceux qui cherchent un emploi temporaire dans la restauration, les services de nettoyage ou le petit commerce. L'actuel maire d'Oyapoque a stimulé par sa politique de colonisation et d'agrandissement de la ville l'arrivée de natifs du Ceará et du Maranhão. Il a mis à la disposition dans le centre-ville une maison temporaire d'accueil pour les populations migrantes, au grand dam des habitants implantés de plus longue date.

La prostitution, en tant que phénomène accompagnant les processus d'exploitation minière en général et d'orpaillage en particulier, est un autre aspect social entretenu par la disparité des conditions socio-économiques qui caractérise la région. La petite ville d'Oyapoque se transforme en fin de semaine en un centre de distractions et d'attractions spécifiquement orientées vers la population masculine : chercheurs d'or, militaires brésiliens et français, touristes de France et de Guyane

française se croisent, à la recherche de compagnie et de rencontres sexuelles avec des femmes brésiliennes qui, le plus souvent, font rémunérer leurs services. Il s'agit soit de "filles de passe" indépendantes soit des travailleuses opérant dans les discothèques. Oyapoque détient ainsi une réputation de porte ouverte au tourisme sexuel pour les chercheurs d'or. Des témoignages du personnel du Secrétariat Municipal de la Santé travaillant sur le problème des MST/sida illustrent ces aspects :

> "Le tourisme sexuel est très répandu. Ici, il est visible. Aujourd'hui c'est jeudi, le jour où ils [les chercheurs d'or, les étrangers de Guyane et de France] commencent à arriver dans la ville pour rester le jeudi, le vendredi, le samedi et le dimanche. C'est quelque chose qui se voit de façon criante. Et c'est dans ces auberges qu'ils viennent chercher un hébergement et eux-mêmes disent qu'ils viennent ici pour changer d'air… Vous n'avez pas besoin de vous déplacer, il suffit de rester sur place et vous commencez à les voir arriver. Alors, les fins de semaine, ici c'est très animé, les discothèques, les endroits où boire un coup et les bals bénéficient de tout ça. Nous avons notre place publique qui est aussi très animée. Maintenant c'est plus calme. Avant c'était du lundi au lundi, la fête durait toute la semaine et chaque nuit.
>
> La question de la prostitution existe partout, mais il semble que chez nous cela se fasse à visage découvert... Parce qu'ici en région frontalière nous avons les légionnaires et les gendarmes (militaires français). Et les légionnaires disent "va là-bas, je t'y attends". Et alors, elles se font dociles, elles restent avec eux... C'est comme ça que ça se passe. C'est pour augmenter la valeur de la passe. Ainsi, si ça coûte 50 reais, ils leur paient 100 reais... Et 50 reais c'est un prix bas, quand la passe est pour un trio, alors elles demandent 200, 500. Comme ils ont les moyens, ils paient. (...). Dans la ville peu d'hommes vont les chercher, parce que la majorité sont des vendeurs autonomes, c'est le type de travail qui ne permet guère d'économiser, il n'en reste pas [d'argent], alors c'est un peu compliqué, ceux qui ont les moyens sont ceux qui travaillent, mais généralement la demande est faible. Il y a plus de gens de l'orpaillage, des légionnaires".

La frontière franco-brésilienne présente un ensemble de facteurs socio-économiques, politiques et culturels méritant d'être analysés avec plus de rigueur. Mais nous devons à ce stade insister sur la disparité des conditions économiques déjà mentionnée, où d'un côté existe un système fondé sur une politique de bien-être social que l'État français concède à ses citoyens, et de l'autre une région marginalisée - le Nord du Brésil - caractérisée par l'accès difficile à l'emploi et aux services de base comme l'éducation et la santé. Une culture de frontière[29] spécifique à cette Région est née de cette situation, dans laquelle les fonctions et les espaces des individus sont clairement délimités. Ceci est facilement observable si l'on considère les contrastes socioculturels des villes de Saint-Georges et d'Oyapoque. La première, plus petite en taille et en nombre d'habitant, présente de meilleures conditions en infrastructures et impressionne par son calme et l'ordre qui règne. Les prix des biens et des services sont élevés, donc inaccessibles pour les Brésiliens dotés d'un moindre pouvoir d'acquisition. A l'inverse, Oyapoque est un village en cours d'expansion (7 842 habitants en zone urbaine selon le recensement de l'IBGE en 2000) du fait des migrants qui s'y établissent en permanence et construisent leurs maisons dans les périphéries où n'existe pas d'assainissement de base[30], ce qui conduit la ville à un processus de "favélisation". La ville surprend par son caractère bruyant lié à sa réputation de centre de divertissement et de commerce où les étrangers de "l'autre côté" viennent acheter les produits à des prix inférieurs et se détendre dans les dancings et les lieux de prostitution.

Ces situations contrastées finissent par se compléter et par donner naissance à une culture où les conflits sont latents mais où la tolérance et l'acceptation constituent des facteurs indispensables à la reproduction d'un système social original lié à la proximité géographique. Par exemple, les petits producteurs du côté brésilien, et principalement les peuples indigènes, préfèrent vendre leurs produits

[29] Le concept de culture de frontière n'est pas pris au sens générique et abstrait mais se réfère aux systèmes d'échanges matérielles et symboliques particulières à la zone transfrontralière Guyane/Brésil.
[30] Le quartier appelé "Oyapoquizinho" (le petit Oyapoque) se détache de l'ensemble qui est peuplé en majorité de migrants du Maranhão. A Oyapoque, seulement 20,3 % de la population est reliée au réseau d'eau potable et 4.3% possèdent des installations sanitaires, selon les données du gouvernement fédéral.

au marché local de Saint-Georges, où les prix sont plus élevés, profitant ainsi de l'opportunité d'acquérir quelques euros immédiatement convertis en reais destinés, en retour, à effectuer les achats à Oyapoque. La revente de la production agricole constitue un des rares cas où les Brésiliens profitent des meilleures conditions économiques de la Guyane française. À leur tour, les Guyanais bénéficient des conditions de précarité sociales endémiques et du "désordre" brésilien, à l'affût des offres de produits et de services comme le sexe et le divertissement de tout acabit à bas prix. Cette culture de frontière basée sur la disparité des conditions économiques, mais aussi sur la complémentarité de l'offre et de la demande et l'intérêt mutuel qui en découle, permet que certaines tendances comme l'initiation sexuelle précoce, les grossesses dans l'adolescence et la prostitution infantile et juvénile soient tolérées, acceptées, voire entretenues, par certains segments de la population locale :

> "Ici tout le monde le sait, le profil de la commune fait que l'initiation sexuelle ici est très précoce. À partir de onze ans, douze ans... et aussi nous avons un indice élevé d'adolescentes enceintes, surtout parce que nous avons un indice très élevé de jeunes filles dans la prostitution...".

Et aussi :

> "Les filles ici, du simple fait des conditions économiques, du fait du statut que ça leur donne, de l'argent à l'étranger, certaines se soumettent à ça... Il y a des mères qui incitent leurs filles à se prostituer avec des Français, parce qu'avec un enfant d'un Français, elles reçoivent une aide dès la grossesse, une aide pour l'accouchement, et après une mensualité de 200 euros. Je dis qu'il y a des grossesses pendant l'adolescence et c'est un véritable problème. Mais pour elles, ce n'est pas un problème, c'est plutôt une solution, un échappatoire. Comme vous savez, sur la commune il n'y a pas d'emploi, il est très difficile d'obtenir du travail. Les gens vivent beaucoup de la pêche, de la culture de subsistance. Le peuple vit mal, il ne s'en sort que pour manger, vivre au jour le jour. Les emplois ici sont très rares. Le commerce, la majorité des commerces sont petits, donc ils ne génèrent pas beaucoup d'emplois. Comme la population n'a pas d'échappatoire, les filles ne voient pas d'issue à long terme. Alors pour elles, avoir un enfant d'un Français, c'est une façon de sortir de cette condition. Ce phénomène qui tend à prendre de plus en plus d'ampleur devient bien explicite, bien visible ».

Ce témoignage d'un fonctionnaire travaillant dans le secteur social dépeint la situation que doit affronter la population jeune de la ville d'Oyapoque. Par manque d'opportunités en terme de scolarisation poussée et d'emploi, mais aussi en raison du contexte socioculturel local, de nombreux jeunes finissent par entretenir une forme de relation sexuelle qui tourne progressivement, et insidieusement, à la prostitution afin de pourvoir à leurs besoins. Une des répercussions directes est l'indice élevé de grossesses pendant l'adolescence. Les données officielles du gouvernement fédéral indiquent que 32,3 % des naissances dans la commune d'Oyapoque en 1996 concernaient des mères âgées de 10 à 19 ans, contre 28% en 1999. De ces naissances, 2,1% concernent des mères âgées de 10 à 14 ans en 1997, contre 1% en 1999 (IBGE, 2000).

De par les contrastes qui l'animent, cette culture de frontière contribue à perpétuer des représentations stéréotypées de l'Autre, parmi lesquelles se détache la vision de la femme brésilienne et la supposée "liberté" sexuelle existant au Brésil, y compris au sein des populations indigènes, objet de fantasme et d'exotisme effréné :

> "Je pense ainsi, je crois que dans le monde entier la femme brésilienne est perçue comme une prostituée. Il y a des cas de femmes brésiliennes en Asie, en Europe qui sont l'objet de trafics [de femmes] et sont effectivement prostituées. Même en Guyane française et au Surinam il existe des femmes, du Pará principalement, qui vont là-bas se prostituer. Certaines sont bernées, elles croient à un emploi mais en vérité quelques-unes savent déjà dans quoi elles vont travailler... Alors, cela fait que pour les étrangers, principalement, cela reste quelque chose d'attractif... Pour eux il n'est pas important de savoir si elles sont mariées, mais de savoir si elles couchent ou pas... Jusque dans les maisons de prostitution, ce qu'elles disent [les prostituées], c'est que les étrangers de Guyane et les Français adorent les Brésiliennes".

Cette vision stéréotypée de la femme brésilienne[31] et du Brésil en tant que pays du carnaval et de l'érotisme, rapidement dépeint dans le premier chapitre, contribue inéluctablement à ce que les migrants étrangers ou du Brésil soient stimulés par la recherche du divertissement et de services sexuels dans la bourgade d'Oyapoque. La ville se pose comme référence au "paradis de la liberté sexuelle" correspondant pour beaucoup d'étrangers à l'image qu'ils se font du Brésil, avec en sus les petites indigènes telles des cerises sur le gâteau d'anniversaire. Notons que ce phénomène n'est pas unique. Il a été observé avec de remarquables similarités dans la ville de Tabatinga à la frontière du Brésil et de la Colombie (López Garcés 2000).

Au milieu de cette culture de frontière, quelle est la position des peuples amérindiens ? Même si la plus grande partie réside dans les villages, la constante mobilité sociospatiale (pendulaire, occasionnelle, régulière, alternée) met cette population en contact avec ladite culture de frontière dont elle est partie intégrante. Il a déjà été fait référence aux hommes Galibi Marworno et Karipuna qui migrent temporairement pour chercher du travail dans les sites d'orpaillage de la Guyane française, aux alentours de Regina et vers le haut Oyapoque. Même si la proportion d'Indiens participant aux activités d'orpaillage est faible, du moins en ce qui concerne les aires indigènes brésiliennes jouxtant le fleuve Oyapoque[32], cela ne signifie pas qu'ils soient moins vulnérables aux MST et au sida, ne serait-ce que par les effets de contamination en chaîne à l'image de ce qui a pu être observé chez les Tiriyos de Tumucumaque. Il en va de même des Waiãpi du haut et moyen Oyapoque, qui habitent autant le Brésil qu'en Guyane française (bien que géographiquement localisés à plusieurs centaines de kilomètres les uns des autres), et qui depuis les années quatre-vingt développent de fréquents contacts avec les orpailleurs ayant envahis les terres indigènes, apprenant même à leurs côtés certaines techniques d'extraction d'or. Le va-et-vient des *garimpeiros* et la permanence de *corrutelas* comme Vila Brasil, située juste en face du village Waiãpi Camopi de la Guyane française, constitue un double facteur de risque pour la dissémination de l'épidémie dans la mesure où les Waiãpi du côté brésilien maintiennent des contacts continus (trocs, alliances, visites, séjours prolongés) avec leurs affins de la Guyane française ainsi qu'avec les populations de Macapá où ils effectuent de longs séjours.

Il ne faut pas oublier que les Amérindiens quittent en nombre croissant leurs villages pour habiter à Oyapoque et, de fait, sont directement exposés aux risques que cette culture de frontière génère eu égard à la dissémination de l'épidémie, car il est constaté que les hommes indigènes fréquentent les maisons nocturnes et se lient parfois de façon durable aux prostituées de la ville, comme l'affirme un agent de santé indigène :

> "Les Indiens qui vivent ici à la ville, prennent le pli, deviennent civilisés, prennent les habitudes de la ville, mais pas tous. Certains seulement. Alors ils restent par ici, à chaque jour qui passe, ils apprécient de plus en plus la ville, les fêtes, les boites (...). Ils viennent du village jusqu'ici. Les uns sont mariés, les autres célibataires. Ils dansent, boivent... et ils fréquentent les lieux de prostitution".

La vulnérabilité des Indigènes, liée au contact avec des individus perçus comme étant eux-mêmes dans des situations à risque et susceptibles d'avoir des maladies sexuellement transmissibles - les chercheurs d'or et les professionnelles du sexe - est aggravée quand on considère que les relations sexuelles s'effectuent fréquemment sans l'usage de préservatifs :

> "Ce que les gens observent ici c'est qu'ils [les Indiens] arrivent le vendredi, le lundi et le vendredi de nouveau, jusqu'ici. Ils viennent vendre leur farine de manioc, leurs bananes, ils amènent leurs marchandises ici. Et souvent ils prennent leur argent et en dépensent une partie en ville... Ils sont habitués dans leurs villages à avoir leurs partenaires sexuelles, ils arrivent ici, veulent du nouveau mais ne veulent pas utiliser de capotes. Ce qu'on entend dire, des propres filles, des filles professionnelles du sexe, c'est que les Indiens n'aiment pas utiliser les préservatifs".

[31] Dans le pays voisin du Surinam, la terminologie "Brésilienne" est utilisée pour désigner les professionnelles du sexe qui y travaillent. La plupart sont des femmes brésiliennes engagées dans cette activité via le système de la "dette" (Zurita Leão, 2001).
[32] Selon les commentaires de P. Nello Rufalfi (Entretien janvier 2002).

Existe-t-il des forces religieuses et culturelles qui contribuent à préserver les populations indigènes d'une certaine promiscuité avec les populations non indigènes, tels les liens que certains groupes entretiennent avec des mouvements religieux protestants ? Probablement oui, dans le cas des Palikur dont les valeurs morales induites par les missionnaires interdisent les relations sexuelles extra-conjugales et la consommation de boissons alcoolisées. Il y a aussi les formes de contrôle exercées par les autorités traditionnelles qui incluent des punitions en cas d'infraction aux règles sociales (telle la bagarre sous l'emprise de l'alcool) ainsi que la rumeur, utilisée comme forme de contrôle social, qui induit une mauvaise image de la personne qui se démarque des normes. Mais tout cela n'évite pas entièrement l'exposition aux risques que colporte cette culture de frontière dans laquelle les Amérindiens sont bon an mal an absorbés. Par exemple, et même si nous ne disposons pas de données précises et chiffrées, des cas de femmes indigènes qui se prostituent occasionnellement ont été observés à Oyapoque[33].

D'autres dynamiques socioculturelles existent en marge des particularités sociospatiales des peuples indigènes, tels que l'alcoolisme et l'homosexualité. Ces facteurs contribuent à augmenter la vulnérabilité de ces populations vis-à-vis des maladies sexuelles. La consommation de boissons enivrantes en tant que caractère socioculturel des peuples indigènes du bas Oyapoque se pratique lors des fêtes traditionnelles telles que le "*turé*" (fête des moissons), rituel des peuples de langue Arawak dont les Palikur font partie, mais qui a aussi été adopté par les Karipuna ; elle se pratique également à l'occasion de la commémoration de fêtes religieuses et patriotiques. Pendant ces rituels collectifs la consommation de boissons fermentées à base de manioc et de fruits comme l'ananas, connues dans la région sous le nom de "*caxiri*" ou "*caxixi*" et "*aluá*", constitue une coutume traditionnelle des peuples locaux. Par contre, la question de l'alcoolisme en tant que forme de dépendance et comme facteur de risque à l'égard de l'épidémie à VIH est un phénomène récent, associé au contact inter-ethnique contemporain avec les populations migrantes et le milieu urbain. L'usage immodéré de boissons fortes engendre des tensions et des conflits dans les villages indigènes, stimule la violence domestique, les abus sexuels et la prostitution. Les effets dépréciatifs de l'alcool s'observent dans le plus grand village de la région (Galibi Marworno) dénommé Kumarumã, où le problème est devenu difficilement contrôlable. C'est aussi une difficulté ressentie dans les villages de Uahá et Kunaná, entretenant de réguliers contacts frontaliers avec les populations de Uanari et celles du village Palikur de Pateviu localisé en Guyane française. L'alcoolisme va croissant : depuis peu, le phénomène tend à faire tâche d'huile dans les villages, de plus en plus nombreux (car ils se rapprochent de l'axe routier), localisés à proximité de la BR-156.

Dans le village de Kumarumá, 45 jeunes indigènes âgés 18 à 20 ans sont l'objet de préoccupations[34] récentes, de la part des services sanitaires et des autres Indiens, du fait de leurs "tendances homosexuelles" (liées au contact avec des Blancs ayant travaillé chez eux). Il faudrait réaliser des recherches approfondies sur le sujet afin d'analyser le sens et les implications de ce phénomène, qui ces dernières années, ne cesse de grimper en flèche chez différents peuples d'Amazonie. Leonardi (2000) rapporte des cas d'homosexualité entre les Makuxi et les Ingaricó (Roraima) ; Ivo Brito (interview dans *Veja*, août 2000) s'est penché sur le thème, en particulier chez les Yanomami. Parallèlement, un des auteurs de ces lignes a observé sur le terrain le même phénomène parmi les Ticuna de l'Amazonie colombienne (Garcès-Lopés, 1998). Il est intéressant de signaler que ce type de comportement relativement nouveau chez la plupart des peuples de la forêt contribue à augmenter la vulnérabilité à la transmission des MST/sida. Dans le cas spécifique des Galibi Marworno du village Kumarumã, ce fait est perçu comme alarmant car les autorités (FUNAI) suspectent que l'un des malades morts du sida aurait pu contaminer quelques-uns de ces jeunes.

Ces facteurs politiques, sociaux et économiques (structurels, dynamiques ou conjoncturels suivant les circonstances) qui caractérisent la culture de frontière entre le Brésil et la Guyane, permettent de

[33] Communication personnelle de l'anthropologue Dr. Lux Vidal de l'université de São Paulo (USP).
[34] Ici le terme "préoccupation" est employé non pas dans le sens moral mais dans le but de trouver une forme de prévention adéquate pour une pratique sexuelles apparemment récente et importée.

comprendre la situation grandissante de vulnérabilité à l'épidémie du sida et aux MST que connaissent les Amérindiens de la contrée. Lesdites conditions, ajoutées aux difficultés auxquelles doit faire face le système de santé pour prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies, constituent un milieu propice à leur développement dans un avenir proche.

Le sida chez les populations indiennes: un problème passé sous silence ?

L'histoire de l'épidémie du sida chez les peuples indigènes dans la microrégion qui s'étend de l'État de l'Amapá et du nord du Pará à la frontière de la Guyane française et du Surinam est relativement mouvementée. Elle a fait l'objet du premier recensement des situations à risque et de vulnérabilité chez les Indiens Tiriyós du parc indigène Tumucumaque dans les années 90. Leonardi (2000:31-32) recense le premier cas de décès lié au sida parmi les Tiriyós en 1996. Ce premier cas confirmé a posteriori annonce l'existence officielle de l'épidémie chez les populations amérindiennes de l'Amapá et du Pará, en dépit du manque de clarté des études socio-médicales qui y ont été réalisées à cette époque, et malgré toute la négligence et les contradictions dont font preuve les organismes d'État chargés de la santé indigène. Les données officielles de la Coordination Nationale MST/sida (2000: 11) rapportent deux cas de sida parmi les Indiens Tiriyós en 1998, alors que le recensement de 1995 effectué par la FUNASA, la FUNAI et le Secrétariat d'État à la Santé de l'Amapá dénombrait 12 Indiens porteurs du VIH. Mécontents des résultats de ces enquêtes, officiellement considérées comme étant peu fiables et probablement *politiquement incorrectes*, les organismes d'État ont organisé de nouvelles prises d'échantillons de sang, mais les résultats exacts des tests n'ont jamais été divulgués, ce qui laisse penser que d'autres Indiens de cette ethnie ou des ethnies voisines ont pu développer la maladie. Il n'en reste pas moins que la divulgation des résultats appréhendés a rapidement pris la tournure d'un secret d'État.

Le premier cas de sida au sein des populations indigènes du Brésil a été identifié en 1988 dans la Région Sud du pays. Depuis, les données officielles de la Coordination nationale MST/sida rapportent 33 cas de sida déclaré entre 1987 et 1999 dont 30,2 % - soit 10 cas - dans la Région Nord, ce qui en fait la macrorégion du territoire brésilien où la séroprévalence est la plus élevée parmi les peuples indigènes. Le rapport officiel ne précise pas à quelles ethnies appartiennent les Indiens porteurs du virus (afin de ne pas montrer du doigt), mais il indique que 50,1 % des cas de sida chez la population indigène brésilienne concernent des jeunes entre 15 et 29 ans, avec une tendance dans certaines zones à une augmentation significative de cas parmi les femmes (Coordination MST/sida, 2000 : 12-13). Au-delà de la situation polémique des Tiriyós, dont les institutions officielles tentent de dissimuler la réalité derrière le masque de la confidentialité et de l'éthique, d'autres cas de sida ont été rapportés sur le haut Oyapoque du côté français parmi les Indiens Waiãpi de la commune de Camopi (Guyane française) ainsi que parmi les Indiens Karipuna et Galibi Marworno de l'aire indigène d'Uaçá dans la commune d'Oyapoque. Ces derniers cas, déniés pendant longtemps, ont été tardivement recensés en 2001 et 2002, ce qui explique qu'ils n'apparaissent pas dans le rapport officiel de la Coordination brésilienne MST/sida, ainsi qu'en Guyane. Comme les statistiques officielles ne considèrent pas l'appartenance ethnique en tant que critère de classification dans la détermination de l'incidence de l'épidémie, l'analyse du phénomène de la diffusion de l'épidémie chez les peuples indigènes devient plus compliquée. Quoiqu'il en soit, vu que les données officielles indiquent pour la période 1991-2000 en Amapá une augmentation de l'incidence 53,3 fois plus élevée que pour la période 1980-1990[11], tout laisse supposer que cette augmentation atteigne également les populations indigènes de l'État.

La situation chez les Galibi Marworno et Karipuna

[11] CN-DST/Aids, boletim epidemiológico AIDS 2002:6.

En ce qui concerne les peuples indigènes de la commune d'Oyapoque, quatre cas de sida[12] ont été formellement décelés durant les deux dernières années. Trois correspondent aux membres d'une même famille Galibi Marworno (père, mère et fils) et le dernier provient d'un membre de l'ethnie Karipuna. Sur les trois premiers cas, deux ont abouti au décès du malade au cours des deux dernières années. Le Conseil Indigéniste Missionnaire (CIMI) et la Maison de l'Indien suspectent cependant que d'autres décès liés au sida ont déjà eu lieu, mais aucune certitude n'est possible dans la mesure où les tests cliniques n'ont pu être réalisés à temps, en dépit des tentatives réitérées de certains agents de santé locaux (le blocage venant de Macapá). Plus récemment, une adolescente contaminée aurait été détectée, mais au moment des dernières collectes de données (juillet 2002) le dépistage n'était toujours pas confirmé. En plus de ces cas de sida, le CIMI rapporte une incidence extrêmement élevée de MST dans un village Karipuna où il a été diagnostiqué que 85% des femmes étaient contaminées par diverses MST[13]. Au contraire de ce qui se passe chez les Waiãpi, où la présence du VIH a été relevée chez des jeunes femmes dont les maris ne sont pas porteurs du virus[35], les cas de sida parmi les Indiens de la commune d'Oyapoque présentent d'autres schémas de transmission. Il s'agit de situations où le membre masculin de la famille a été contaminé en premier, avant de transmettre le virus à la partenaire sexuelle qui, dans un des deux cas relevés, a donné vie à un enfant lui aussi porteur du VIH.

Cette différence dans le schéma de transmission de l'épidémie traduit les différences de modes de contact interethnique entre les ethnies du moyen et bas cours de l'Oyapoque. Sur la rive gauche du moyen Oyapoque habitent les Indiens Waiãpi et Emerillon en territoire guyanais. Les Waiãpi peuplent également le territoire brésilien dans la région centrale de l'Amapá, à plusieurs centaines de kilomètres de ceux habitant Camopi et ceux, encore plus en amont de Trois Sauts. Parce qu'ils appartiennent à la même ethnie, les Indiens qui vivent dans l'aire Waiãpi du côté brésilien ont renoué des contacts avec leurs parents de la Guyane française depuis quelques dizaines d'années sous l'impulsion de chercheurs et indigénistes, notamment l'anthropologue Dominique Gallois. Depuis, en dépit de l'éloignement géographique, les deux groupes entretiennent des relations d'alliance qui se traduisent, outre l'échange de femmes, par des déplacements mutuels et des visites régulières. Ces dernières années, nombreuses sont les femmes originaires de Camopi à s'être mariées avec des hommes de l'aire indigène d'Arapari du centre de l'Amapá. Qui plus est, ces relations transfrontalières mettent en contact des Indiens des deux sexes avec des chercheurs d'or et des prostituées de la *corrutela*. En effet, de vastes zones d'orpaillage se localisent aux alentours du village Camopi et les chercheurs d'or viennent se détendre là où séjournent de temps à autre des prostituées. Une de ces *corrutela* est, rappelons-le, située sur le fleuve juste en face de Camopi : les Indiens y vont faire leurs courses avec l'argent du RMI et acheter en grande quantité de l'alcool brésilien.

De l'autre côté, parmi les peuples indigènes du bas Oyapoque, le mode de transmission correspond à des dynamiques socioculturelles de mobilité sociospatiale caractérisées par des déplacements plus réguliers, effectuées sur de plus grandes distances (Cayenne, Regina, Macapá, Belém), et de plus grande fréquence chez les hommes que chez les femmes. En considérant qu'à ces facteurs s'ajoute la faible acceptation du préservatif comme moyen de prévention (l'abstinence et la fidélité sont des concepts qui semblent guère adéquats, hormis chez ceux adhérant à une mission protestante), le risque de voir l'épidémie se propager est très élevé, plus encore si l'on prend en compte la fréquente mobilité sociospatiale de la population indigène dans toute la région de frontière avec son passage obligatoire par Oyapoque.

Réactions et représentations indigènes de l'épidémie

L'augmentation des cas de sida parmi les peuples indigènes de la commune frontalière est un phénomène qui est en train de provoquer préoccupation et peur chez ces populations. Comme la prise

[12] Infirmier de la Maison de l'Indien, communication personnelle, juillet 2002.
[13] Padre Cristovão, communication personnelle, 2002.
[35] Information confirmée par des membres de l'équipe guyanaise de santé travaillant sur le fleuve Oyapoque.

de conscience est récente, avec le premier cas formellement confirmé en 2001, il n'est guère possible de présenter un cadre détaillé des représentations que les peuples indigènes construisent autour de l'épidémie. Une recherche approfondie à ce propos sera nécessaire dans le moyen terme. Cependant il reste possible de soumettre une analyse liminaire des impacts psychologiques de l'épidémie, et de présenter quelques réactions individuelles et collectives provoquées par l'irruption du virus.

Selon la connaissance locale de la santé et de la maladie, les types de traitement appliqués dans le but de soigner telle ou telle pathologie s'appliquent en fonction des modes de classification vernaculaires. Les populations d'Oyapoque proposent deux modèles majeurs : celui de l'agression chamaniste et celui de la théorie de la contagion. En règle générale le modèle de l'agression chamaniste se réfère aux "maladies de *pajé*" qui correspondent à celles produites par des pratiques magiques ou par des sorts. Elles ne sont curables que par le *pajé* qui est un chaman considéré comme intercesseur entre les hommes et les esprits. L'intervention historique des missionnaires tend inévitablement à réduire certaines croyances traditionnelles mais il n'en reste pas moins que dans la conception locale, le sida demeure "une maladie de blancs", ce qui signifie qu'il ne peut pas être traité par le *pajé* mais seulement par les médecins blancs. Il n'est pas exclu d'ailleurs que pour un certain nombre d'Amérindiens l'infection par le VIH peut être effectivement guérie par la médecine des blancs, à la « capacité » surfaite et que ce n'est pas seulement l'évolution de la maladie qui peut être freinée.

Ainsi que l'ont précisé des chercheurs comme Dominique Buchillet et Dominique Gallois au Brésil à propos d'autres maladies et à l'égard d'autres groupes ethniques, il importe cependant de passer du niveau du code, c'est-à-dire du système étiologique proprement dit, qui constitue un grade d'interprétation et de sélection pour l'analyse de la manipulation sociale de la classification nosologique au niveau de la relation sociale impliquée dans le processus d'identification de la maladie sida. Le fait que l'épidémie à VIH rentre dans la catégorie de « maladie de blancs » doit se comprendre à un niveau plus ample que celui délimité par les représentations étiologiques : la maladie met en forme les désordres et tensions plus larges qui affectent la vie du groupe et qui sont caractéristiques d'une situation de contact interethnique. Ainsi, l'option thérapeutique « des blancs » configure une forme de contrôle de la société non indigène sur la société indigène et met en jeu les tensions qui en découlent.

Dans le contexte local, on a recours aux connaissances médicales traditionnelles pour soigner les MST moins graves comme les "écoulements" (leucorrhées ?) : des traitements empiriques tels que le lavement et le bain de siège à base de plantes médicinales constituent de parfaites illustrations. Ces pratiques sont courantes parmi les femmes qui utilisent les *garrafadas* (infusion de plantes et d'autres éléments) élaborées par les *pajés* et les guérisseurs habitant dans le village ou à Oyapoque. Il est à noter, que les chamans de la Région d'Oyapoque sont conscients du fait que leurs connaissances médicales et leurs savoirs sont inefficaces pour le traitement du sida.

La nouvelle d'Indiens malades du sida et porteurs du VIH s'est propagée comme une traînée de poudre dans les différents villages, provoquant panique et agitation, surtout chez ceux habitant les *aldeias* où résident les personnes porteuses du virus. Les chefs de village, en tant que responsables de l'harmonie des relations sociales entre les villageois, ne surent pas quelle attitude adopter face à la situation. Une des premières réactions consista à vouloir rejeter les Indiens contaminés, comme l'indique le témoignage d'un agent de santé indien :

> « Dans ma communauté, il y a eu une personne avec cette maladie du VIH, alors ils ont interdit qu'il reste au village. C'est qu'ils ont peur de lui, de la maladie. Mais sauf que le VIH ne s'attrape que par les relations sexuelles, c'est pas clair pour les gens. Ils ne connaissent pas la forme de transmission, alors ils ne veulent pas qu'il demeure là »

L'anxiété augmenta d'autant plus qu'il fut découvert que ceux décédés eurent des relations sexuelles avec diverses personnes dans les villages alentours, et que ces personnes, à leur tour,

circulent parmi les villages et développent des contacts sexuels avec d'autres Indiens. Ainsi on suspecte que le jeune Indien qui est mort du sida, et dont la femme et l'enfant sont actuellement porteurs du virus, a contaminé d'autres femmes et hommes du village. Dans une autre bourgade, on redoutait la présence d'un Indien qui circulait dans la région en vacances et qui avait eu des relations sexuelles avec une femme récemment décédée du sida. Ces deux exemples illustrent la haute vulnérabilité psychologique des Indiens face à l'épidémie due à un manque d'information et la perception équivoque qu'ils construisent à l'égard du risque. La situation est alarmante compte tenu de la forte mobilité sociospatiale des Indiens et de la fréquence des pratiques sexuelles sans protection. Sans disposer de données détaillées concernant le comportement des individus porteurs du virus, on peut déduire de leur forte demande d'anonymat, elle-même renforcée par de multiples questionnements qu'ils émettent une certaine vulnérabilité sociale et émotionnelle, même si, dans les faits, ils ne sont pas systématiquement victime du rejet de leur groupe social. Dans ces conditions, les individus séropositifs sont l'objet d'une stigmatisation dans le sens que Goffman (1988 :13-14) confère au concept, se référant à la situation de l'individu inhabilité à la pleine acceptation sociale de son environnement, étant donné qu'il est possesseur d'attributs dépréciatifs objets de discrédit.

Même si les Indiens porteurs du virus sont en mesure de recevoir depuis peu un traitement médical, des attitudes de rejet ou d'hésitation surviennent. Dans un village, on raconte que l'Amérindien mort du sida insistait pour que sa femme, elle-même séropositive, ne prenne pas les ARV. Avec toute la prudence qui s'impose, nous pourrions interpréter cette attitude du malade infecté comme la réaction d'une personne elle-même rejetée dans sa propre société, situation qui conduit les sujets stigmatisés à opter pour un comportement auto-destructif. Mais il est également probable que les effets secondaires des médicaments conjugués à un suivi psychologique insuffisant, pour ne pas dire inexistant, et un manque de clarté dans l'explication de ce qu'implique et nécessite la prise en charge ont eu également des effets dépréciatifs sur la réaction du sujet contaminé, isolé et livré à lui-même face à la maladie.

Dans ces conditions, l'éducation sanitaire au regard des MST et du sida chez les peuples indigènes vivant dans la commune d'Oyapoque mérite attention. L'information reste pour le moment très insuffisante et son absence concourt à des interprétations imaginaires les plus diverses. L'éducation par la santé requiert le déploiement d'actions urgentes et efficaces de prévention, de diagnostic et de traitement de la part des institutions légalement compétentes. Occulter le problème, à l'image de ce qui s'est passé chez d'autres peuples indigènes de l'Amapá et de l'extrême nord du Pará, ne fait que contribuer à retarder les mesures nécessaires pour combattre l'épidémie, aggravant de fait les risques imminents auxquels ces peuples sont confrontés.

Peur et silence : le plus grand facteur de risque ?

Étant donné la gravité du problème qui met la survie de toute la population indigène du bas Oyapoque en danger, l'APIO, en tant qu'organisation indigène représentant les quatre ethnies de la Région, envisage de réaliser des collectes de sang pour que soient pratiqués des tests de dépistage, sans demander le consentement préalable des indiens ; mais le personnel médical n'y est pas favorable pour des raisons éthiques. Que faire dans ce cas ? Tant que le dilemme n'est pas résolu et surtout tant que la Coordination étatique de Macapá joue la politique de l'autruche vis-à-vis des populations indigènes (pas de prévention, pas de dépistage, pas de visite, si ce n'est des interventions extrêmement ponctuelles et négligées.), les prises de risque et la vulnérabilité face à la contamination continuent d'augmenter.

En même temps que la gravité du problème se révèle, on décèle une tendance au sein du gouvernement à essayer de la camoufler. Au cours de nos recherches, la majorité des individus interrogés, notamment les acteurs de santé, se sont refusés à nous communiquer des informations détaillées, certains par méconnaissance ou par pur mépris (« *le préservatif, mais chez ces gens-là, c'est pas la peine d'y penser !* »), d'autres au nom des mesures de confidentialité dont bénéficient les

porteurs du virus. Ce silence et cette confidentialité se remarquent pareillement chez les institutions sanitaires, ce qui rend difficile l'obtention de données sociales et épidémiologiques fiables. Les réponses évasives et le refus de communiquer des éclaircissements sur l'évolution des rapports sociaux entre populations et acteurs de santé ont été fréquents au cours des visites sur le terrain. Sous les couverts de l'éthique et de la confidentialité, ne serait-ce pas une crainte de s'attaquer au vrai problème de la tournure inquiétante que prend l'épidémie ?

Tout en reconnaissant que la société dans son ensemble n'est pas encore mûre pour faire face ouvertement et sans préjugés au problème du sida, on ne peut que déplorer que le silence et la peur se soient fondamentalement ancrés dans la culture populaire et institutionnelle, relativement à la question du sida. Ceci apparaît clairement non seulement au regard du refus de la part des indigènes et des institutions de parler du sujet, mais aussi dans certaines attitudes particulières, comme celle de l'organisme en charge d'appliquer le programme MST/sida à Oyapoque, qui a préféré ne pas réaliser de campagne de dépistage du VIH, tout en reconnaissant l'état d'urgence dont souffre la commune en la matière. En l'absence de personnel formé, il craignait de ne pas être capable d'accompagner convenablement les porteurs du virus[25], en particulier dans le cadre de la prise en charge psychologique. Une telle attitude, fréquente dans la culture institutionnelle[26], se base sur une argumentation d'ordre éthique, selon laquelle le test de dépistage ne peut être préconisé si les moyens de son contrôle ne sont pas garantis. Un autre argument souvent développé par les institutions explique qu'il ne faut pas introduire de nouveaux facteurs de discrimination à l'encontre des Amérindiens qui souffrent déjà de préjugés liés à leur condition ethnique et « primitive ». Or cette attitude reflète le comportement paternaliste classique de la relation que le gouvernement entretient avec les populations indigènes (Baines, 1991), comportement qui empêche l'affirmation des Indiens séropositifs de s'affirmer en tant que sujets politiques capables de construire des stratégies de lutte contre l'épidémie et contre les préjugés.

Mais ce n'est pas en passant sous silence le problème qu'il se résoudra, bien contraire. Le mutisme, la confidentialité et la peur, plus que de contribuer à préserver l'identité des malades et d'apporter des solutions, agissent comme des facteurs supplémentaires dans le cadre complexe des facteurs socioculturels, économiques et politiques responsables de la dissémination de la maladie ; ils favorisent insidieusement la diffusion du VIH et retardent la mise en place d'actions urgentes dans une lutte ouverte et efficace contre l'épidémie. Il semble inconcevable qu'après deux décennies de lutte contre le sida, les institutions liées à la santé n'aient pas encore été capables de vaincre le virus de la peur, alors que le slogan mondialement connu de l'activisme anti-sida prêche justement : "Silence signifie mort" et " Action équivaut à vie".

Sur la base des arguments précédemment avancés, nous pouvons conclure que s'il existe parmi les peuples indigènes des pratiques socioculturelles qui ne facilitent pas la lutte contre la maladie, telles que la grande mobilité sociospatiale, les tendances croissantes à l'urbanisation, la réticence à utiliser des préservatifs[27], l'hésitation à suivre les traitements médicaux indiqués en cas de contamination par le VIH et la peur de la discrimination. Il existe aussi un certain nombre de facteurs culturels propres à la société nationale. Ces causes se retrouvent dans le dysfonctionnement institutionnel. Les intérêts politiques partisans, la bureaucratie excessive, la complexité des rouages administratifs, l'isolement institutionnel, l'apathie et le manque de volontarisme des responsables constituent pareillement des obstacles significatifs.

Même si les programmes de prévention se doivent d'exposer les risques que certaines pratiques socioculturelles indigènes induisent en terme de transmission, les institutions chargées de la prise en

[25] Entretien avec une infirmière MST/sida effectué par Frédéric Bourdier.
[26] On définit par culture institutionnelle les valeurs, principes qui fonctionnent comme lignes directrices orientant l'idéologie et l'action des institutions.
[27] Même si cette réticence est exagérée par la Coordination municipale usant comme prétexte le refus des Indiens d'utiliser le préservatif pour limiter les campagne de prévention adaptées aux Amérindiens résidant em ville, laissant le soin à la Maison de l'Indien de se charger de cette responsabilité.

charge médicale des Indiens ne peuvent espérer à court terme un changement des comportements ; celui-ci dépend en effet de processus sociaux complexes au cours desquels les comportements individuels et collectifs se confrontent aux niveaux intra et interethniques. Il semble donc objectivement plus judicieux de chercher en premier lieu à modeler des changements de comportement au sein des organes institutionnels, afin de promouvoir et organiser des actions urgentes dans le combat contre l'épidémie, qui, faute d'antidote et de vaccin, doit être contrôlée par une prévention à trois niveaux : d'abord réduire l'exposition aux facteurs de risque, ensuite faciliter le diagnostic et enfin faciliter les conditions cliniques du traitement et des soins.

En ce sens, il est nécessaire de mettre en oeuvre des actions concrètes telle que la mise à disposition de laboratoires et de centres de dépistage, afin de mieux diagnostiquer les maladies dans les zones où l'épidémie se dissémine. Oyapoque n'est qu'un exemple parmi d'autres. Il serait pareillement judicieux de promouvoir de plus amples efforts inter-institutionnels et internationaux destinés à la réalisation de campagnes de prévention adaptées aux logiques desdites populations, accompagnées de campagnes de détection de la maladie et de prise en charge des porteurs du virus habitant les régions isolées de frontières. Ces efforts doivent également permettre de viabiliser et de mettre à disposition des systèmes d'information sur l'incidence des maladies parmi les peuples indigènes. Seule la multiplication des efforts inter-institutionnels et internationaux dans les domaines de la prévention, du diagnostic, et de l'accessibilité aux médicaments, domaine dans lequel le Brésil s'est pourtant illustré au niveau mondial, permettra de consolider l'efficacité du combat contre l'épidémie sur tout le territoire, y compris dans ses franges marginales.

Chapitre 6

La vie de migrant est-elle un long fleuve tranquille?

(Frédéric Bourdier)

Il a été dit et redit que la Guyane fascine : travail, orpaillage, sécurité sociale, avantages sociaux, perspective diversifiée de vie, système de santé performant, aides théoriques du gouvernement, sans parler d'autres motivations où l'imaginaire tient amplement sa place. Cette attirance provoque en retour des sentiments de méfiance et de défiance qui se concrétisent par un désir de la population locale (donc pas seulement de l'État) de renforcer le contrôle de l'immigration. A partir des années 1980, des rapports commencent régulièrement à témoigner de l'inquiétude des autorités face à la question de l'immigration (Guery & Tartier, 1983 ; Ortoli, n.d.). De cette confrontation, naissent inévitablement une série de dispositions légales et de représentations qui influent sur les pratiques des populations locales vis-à-vis des étrangers. C'est pour cela qu'avant de brosser un tableau des conditions des Brésiliens sur le littoral et en forêt, nous allons passer en revue certains des comportements, attitudes et représentations véhiculées par les populations locales, les médias, les pouvoirs publics et les forces de l'ordre au sujet des étrangers en général et des Brésiliens en particulier.

Les politiques migratoires en Guyane française

Au cours des dix dernières années, c'est-à-dire depuis la fin des grands travaux d'aménagement, des mesures sévères ont été prises pour limiter les flux migratoires, à tel point que celui qui parvient actuellement à rentrer légalement avec un permis de travail déroge à la règle. Depuis 1976, sauf exception politique, la seule voie légale pour l'octroi à un salarié d'un titre de séjour consiste à répondre à une offre d'emploi formulée par un employeur installé sur le territoire français et auquel l'ANPE n'a pas donné satisfaction. C'est le cas en Guyane en matière d'orpaillage. En revanche un artisan, un commerçant ou toute personne exerçant une activité indépendante peut demander son installation en Guyane auprès du consulat français mais au regard des données consulaires, on se rend compte que cette démarche est rarement du ressort des Brésiliens. Toujours d'après les renseignements obtenus à l'agence consulaire de Macapá, les demandes de visa augmentent sensiblement. Dix ans auparavant, le nombre plafonnait à 350 pour atteindre 800 en 1998, 1000 e 1999 et près de 1500 en 2000. Les données provenant de Belém témoignent d'une similaire progression. Cependant, les conditions d'obtention restent drastiques pour séjourner en Guyane, contrairement au séjour en France métropolitaine où les Brésiliens ont le droit de rester six mois avec un simple visa d'entrée dans le cadre des accords bilatéraux. Terre d'exception, la Guyane exige des ressortissants brésiliens des preuves de leur prise en charge. Le candidat pour un visa de tourisme doit fournir un certificat d'hébergement validé par les services sociaux de la DDASS. Celui-ci est calculé en fonction de la superficie de l'habitation et la famille d'accueil doit subir une enquête qui tourne à l'interrogatoire policier. Elle doit ensuite se porter garante financièrement et moralement. On vérifie également si la

personne n'est pas inscrite sur la liste noire établie conjointement par la préfecture et la police concernant ceux ayant déjà fait l'objet d'un refus de visa, d'une reconduite à la frontière ou d'une expulsion du territoire. Face à ces mesures draconiennes et aléatoires, il n'est pas étonnant que ceux dont les visas ont été refusés se résolvent à rentrer sans autorisation, d'autant plus que les accords signés en 1996 entre la France et le Brésil pour freiner l'immigration clandestine en renforçant les contrôles des deux côtés restent lettre morte. Les deux pays se sont toutefois entendus pour faciliter les reconduites à la frontière des ressortissants avec ou sans papiers d'identité. Une autre alternative est la contrefaçon de papiers d'identité. L'achat de fausses cartes de résidence pour environ 2000 euros n'est pas impensable, mais on est en droit de penser que ceux qui parviennent à obtenir un document falsifié constituent toutefois une petite minorité bien insérée ayant pu infiltrer les arcanes de réseaux parallèles secrets.

Pénétrer en Guyane sans visa n'est pas compliqué. Selon la réflexion pertinente d'un Brésilien, le plus dur consiste à y rester. Hormis l'avion pour les personnes régularisées, les deux modes d'entrée à partir d'Oyapoque s'effectuent par voie de terre et par voie d'eau. Plusieurs fois par semaine, des petites embarcations bondées appelées *tapouilles* quittent dans la soirée les berges du fleuve Oyapock et débarquent les passagers sur la côte française, parfois à proximité de Cayenne. Le voyage dure une quinzaine d'heures, parfois davantage, et reste extrêmement périlleux en raison de la surcharge[36], de la houle ainsi que de la tempête qui peut se lever soudainement. Sans parler de la crainte des arraisonnements policiers qui incite les pilotes à prendre des risques supplémentaires. Les journaux guyanais s'emparent de ces événements et décrivent périodiquement sur fond de misérabilisme l'inconscience de ces hordes de barbares incontrôlées venus envahir la douce France tropicale (Matuzac, 1993). On y mentionne « le cimetière des éléphants » (i.e. les pirogues réquisitionnées par la gendarmerie), l'« hémorragie clandestine », « le tassement sur l'Oyapock et la poussée sur le Maroni », « l'invasion brésilienne », « l'anarchie provoquée par les chercheurs d'or », « les revendeurs sans scrupules d'alcool aux populations amérindiennes » et bien d'autres expressions révélatrices des idées forgées par la presse vis-à-vis des populations de langue lusophone. L'entrée par voie de terre est moins risquée mais elle reste physiquement éprouvante. La traversée du fleuve jusqu'à Saint-Georges d'Oyapock ne pose aucun problème avec les nombreux *catrai* qui effectuent les allées et venues. Les contrôles à la frontière ne commencent qu'après la petite bourgade française au début de la route récemment inaugurée en 2002. Des véhicules amènent les passagers jusqu'au fleuve Approuague près de Regina. En principe, ils ne sont pas censés accepter ceux ne disposant pas de papiers légalisés. De nombreux Brésiliens choisissent de marcher à travers la forêt, sur des sentes ou en en suivant la route fraîchement tracée, avant d'atteindre la rivière Approuague. Il leur faut ensuite trouver un moyen de franchir le large fleuve. La traversée à la nage n'est pas exclue quand les piroguiers refusent d'endosser la responsabilité de transporter les clandestins. D'autres se dirigent à pied en aval du fleuve et attendent la nuit pour le passer après avoir arrimé quelques bouts de bois en guise de radeau de fortune. Après la traversée, si la personne réussit à échapper aux contrôles fréquents de la police en cet endroit, Cayenne est encore à une centaine de kilomètres. Des hommes aussi bien que des femmes et des enfants participent à ces expéditions qui peuvent s'étendre sur plusieurs jours pour les moins rapides. Lors d'une entrevue avec le consul brésilien, ce dernier se scandalise et parle de l'inconscience de ses compatriotes qui sont prêts à tout pour arriver à Cayenne. Le diplomate fait état des filles mineures retrouvées en train de nager dans l'Approuague après avoir marché dans la boue des mangroves. Il raconte l'histoire de cette femme qui débarqua un beau jour au consulat avec ses neuf enfants, venant directement de la plage où elle avait atterri en *tapouille* le matin même. Elle espérait que son représentant compatriote pourrait lui fournir des papiers provisoires lui permettant de rester le temps de régulariser sa situation afin d'obtenir rapidement un travail…

Lors du recensement de 1990, le nombre d'étrangers en situation irrégulière en Guyane était estimé à 40 000 personnes pour une population de 115 000 habitants. Douze ans après, la proportion de clandestins serait stabilisée dans son ensemble mais continuerait d'augmenter par périodes. Les reconduites à la frontière et les expulsions représentent un indicateur, quoique tronqué, des

[36] Jusqu'à 40 personnes dans une pirogue en bois de 12 mètres de long.

mouvements clandestins. Les Brésiliens ont toujours constitué plus de 50% des effectifs renvoyés hors du département par semaine, suivis d'assez loin par les Surinamais. Des responsables cherchent à relativiser ces données et ironisent sur les stratégies des malins immigrés qui pour des convenances personnelles et lors des fêtes de Noël, du Nouvel an et de Pâques se font volontairement prendre par les brigades de police pour bénéficier d'un retour gratuit chez eux en avion, avant de revenir ultérieurement en Guyane. Encore faut-il reconnaître que si de tels comportements futés existent, ils sont loin de prévaloir. Une reconduite à la frontière est rarement vécue comme une partie de plaisir ou un moment d'allégresse. Le tableau ci-dessous montre l'évolution du nombre de reconduites qui suit une progression arithmétique.

Tableau 8 : reconduite des migrants sans papiers entre 1985 et 1993 selon la nationalité

Pays d'origine	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Brésil	374	348	806	1365	1186	2279	2895	3843	4484
Surinam	98	360	70	403	282	494	1111	2821	3629
Haiti	389	286	638	223	201	76	79	264	582
Guyana	183	298	76	73	108	526	767	1369	1479
Autres	133	89	59	39	40	55	38	79	391
Total	1177	1381	1649	2103	1817	3430	4890	8551	10565

Sources : Préfecture de Guyane, 1994

Au cours des années récentes non mentionnées dans le tableau, il y eut 10 000 reconduites en 1996, et respectivement 8400 et 6600 pour les deux années suivantes. Ceux qui franchissent la frontière par bateau sont plus menacés que ceux qui marchent dans la forêt où la police aux frontières (PAF) ne se rend guère[37]. Jusqu'à une époque récente, les rares expéditions sur les pistes qui s'enfonçaient vers l'intérieur ne menaient guère à grand chose puisque les clandestins brésiliens ne suivent généralement pas les voies tracées mais empruntent des layons et coupent seulement les pistes. Il faut ajouter la fascination que les Brésiliens exercent sur les forces de l'ordre mais aussi sur les militaires et les légionnaires qui arpentent la forêt. « *Ces derniers sont plus durs et courageux que nous* », reconnaissait un responsable décrivant avec un certain respect la conviction et la pugnacité de ces hommes et de ces femmes qui ne craignent pas de s'aventurer dans la forêt avec pour tout bagage un hamac pour dormir et une poignée de farine de manioc pour s'alimenter. De Brésiliens nous ont raconté leurs relations cordiales avec les détachements de l'armée censés les remettre aux mains de la gendarmerie, mais qui le plus souvent se contentent de leur souhaiter bonne chance, en leur conseillant pour la forme de rentrer chez eux. Un chercheur d'or du Maranhão, étonné la première fois d'une telle condescendance, nous expliquait que les policiers français savent discerner les fauteurs de troubles de ceux qui viennent en Guyane pour travailler honnêtement.

Certes, de telles représentations sont à mettre en perspective avec les rapports bien plus violents entre forces de l'ordre et citoyens pauvres au Brésil. Venant du point de vue des immigrés, elles viennent cependant mitiger les traditionnelles accusations visant à considérer les représentants de la justice comme les principaux agents de la malveillance envers les étrangers. Ce serait oublier qu'au pire ils ne font qu'exécuter les ordres de ceux qui établissent les règles des politiques de migration, et indirectement des élites locales qui agissent en lobbies. Bien souvent, la maréchaussée doit faire tampon entre les exactions de la population locale et les étrangers en situation irrégulière. Réciproquement, les policiers estiment que les Brésiliens ne sont pas autant de mauvaise foi que les autres. Pour la plus grande joie de ceux qui les arrêtent, les Brésiliens n'opposent pas de résistance

[37] A l'heure où ce travail est publié (2003), la politique a changé. Un corps spécial d'hommes entraînés pour des missions dans la forêt est chargé tout spécialement d'identifier les personnes sans papiers et les expulser derechef. Les zones d'orpaillage sont particulièrement visées.

quand ils se font prendre et jouent le jeu, sachant pertinemment qu'ils reviendront[38]. Ce n'est pas le cas pour d'autres groupes comme les Surinamais et les Georgetowniens qui se montrent plus violents. Encore faut-il se rappeler que l'enjeu n'est pas le même entre les Brésiliens qui n'ont pas grand chose à perdre et les populations anglophones qui, elles, sont menacées de toute part notamment dans leur propre pays, et savent le droit tacite que les autres ont de les supprimer impunément. Ces divergences fondamentales ne sont pas sans évoquer les rapports étroits entre violence structurelle, inégalités, immigration et réactions dite de « banditisme » face à la police.

La police chargée de la répression aux frontières (PAF) a conscience de la porosité des limites administratives du territoire. Ceux qui sont renvoyés dans leur pays reviennent rapidement, surtout s'ils proviennent des pays voisins (Brésil, Surinam, Guyana). Sans dénier les abus dont elle est l'instigatrice, la police n'effectue pas une chasse systématique et agressive aux clandestins comme certains rapports rapidement effectués et insuffisamment informés le laissent entendre (GISTI, 1996). En certains occasions, elle a même protégé les communautés étrangères contre la vindicte populaire et contre les excès et les escroqueries des habitants envers les immigrés injustement exploités. C'est ce qui arriva à Maripasoula, petite ville sur les berges du Maroni, au milieu des années 1990 quand des groupes de Noirs marrons entreprirent une véritable chasse à l'homme dirigée contre les Brésiliens (autant les familles installées que les orpailleurs de passage). Les immigrés se réfugièrent à la gendarmerie et nombre d'entre eux furent sauvées in extremis de la folie meurtrière de quelques membres de la population locale. Plus récemment des Brésiliens furent torturés dans la forêt par des Noirs marrons[39] et sauvés in-extremis par la gendarmerie (Marot *et al.*, 2001). Nous avons également recueilli le témoignage de plusieurs Brésiliens clandestins qui furent embauchés en tant qu'artisans charpentiers ou maçons à Cayenne, Saül et Rémire et dénoncés une fois le travail achevé par leur propre employeur. Dans son intention fourbe, le patron avait prévu de les dénoncer afin de ne pas avoir à les rémunérer. A chaque fois, la police avait contraint l'embaucheur à rémunérer le travail de son ouvrier. Ces Brésiliens n'en revenaient toujours pas de la probité des forces de l'ordre qui leur avaient remis l'intégrité de l'argent avant de les reconduire hors du territoire, laissant entendre qu'ils ne pouvaient guère escompter une telle honnêteté de la police militaire et civile de leur pays.

Les représentations de l'étranger

Le contrôle de l'immigration est respecté, apprécié, voire encouragé par l'ensemble de la population guyanaise qui affirme ne plus se sentir en sécurité chez elle. Bien qu'il s'opère des distinctions entre les catégories d'immigrés, les étrangers sont incriminés d'être les initiateurs, les propagateurs de la violence et de la débauche. On va jusqu'à les accuser d'être de dangereux modèles pour les jeunes Créoles désœuvrés qui se mettent à les imiter en refusant de travailler, en braquant, violant et tuant. Quand une personne en situation de clandestinité se fait arrêter la première fois, elle reçoit une invitation à sortir du territoire sous un mois. Si elle reste en Guyane en dépit du moratoire, elle tombe sous le coup de la loi et est devient passible d'emprisonnement. Dans le cas où l'expulsion est impossible si jamais la personne ne peut pas prouver à son pays d'origine son identité (les accords avec le Brésil évitent toutefois ce cas de figure), la scène peut se réitérer plusieurs fois, à moins que des mesures d'intimidation ne pousse la personne à partir d'elle-même. Il est patent qu'un va-et-vient entre la prison et le dehors, avec une invitation à quitter le territoire, créé un terrain relativement favorable à la délinquance. Un représentant d'une association déplorait à ce titre : « *Qu'est ce qu'un individu entre 18 et 25 ans*[40] *peut bien avoir à perdre étant donné son manque de repères, l'absence totale de perspectives devant lui, et compte tenu de la ségrégation sociale et raciale qui ne fait que*

[38] A titre anecdotique, un policier française en vacances à Belém nous raconta qu'il fut interpellé par un homme qu'il avait lui-même expulsé de la Guyane. L'ex-clandestin se montra jovial, l'invita à prendre une bière et lui souhaita la bienvenue dans son pays avant de lui dire à bientôt…à Cayenne.

[39] Un des individus incarcérés au centre de détention de Cayenne semblait ne pas comprendre de quoi il était accusé, ayant cru comprendre que la police déléguait ses fonctions aux populations locales dans le cadre du contrôle de l'immigration. Dans ce témoignage paru dans une presse guyanaise indépendantiste en 2002, l'homme affirmait sa bonne citoyenneté en participant à l'épuration de « cette racaille brésilienne », cause évidente de tous les malheurs.

[40] Tranche d'âge moyenne des migrants en provenance du Guyana et du Surinam.

renforcer sa marginalité ? En l'absence de travail, car personne ne leur fait confiance, ils investissent un territoire social et n'ont d'autres alternatives de survie que de magouiller. Certains contrôlent la vente du crack et d'autres drogues (i.e. coke, herbe, médicaments, amphétamines) ». Notons qu'une telle vision peut s'appliquer envers quelques individus, mais elle reste un peu trop systématique et tend dangereusement à assimiler d'un bloc les ressortissants de certains pays à réputation flétrie.

Les exigences du pouvoir exécutif mettent en priorité les valeurs de sécurité, d'intégration et d'assimilation. Ainsi se met en place un système hiérarchisé d'appréciation de l'étranger, qui rentre en conflit avec le souci parallèle des représentants des forces de l'ordre de respecter les droits de l'homme et d'éviter les discriminations en fonction des nationalités. Ce qui importe, comme le souligne un des représentants de la police interviewé, c'est moins de mettre un terme à l'immigration clandestine, objectif vain et illusoire, que de savoir si ce sont des gens qui se tiennent bien ou pas. Chaque société exilée est l'objet de représentations sociales où s'entremêlent des données objectives avec des interprétations imaginaires et comportementales. Prenant l'exemple des Georgetowniens (de la République du Guyana), ayant la réputation d'être des braqueurs, des drogués, des violeurs, des provocateurs, donc des dangers en puissance pour la société, la police précise qu'ils remplissent à 80% la prison de Cayenne (ce qui est exagéré). Selon le même interlocuteur, cet état de fait est aggravé par la législation du Guyana qui empêche le rapatriement de ses citoyens s'ils n'ont pas de papiers prouvant leur identité. Il en résulte que les Guyaniens ne peuvent pas retourner chez eux s'ils n'ont pas de passeport. La Guyane, *de facto*, ne peut pas les rejeter. Ils se transforment ainsi en parias dont personne ne veut, des apatrides puisque leur propre pays leur dénie le droit de rentrer chez eux. Comme il est hors de question de les extrader au Surinam ou au Brésil, les autorités françaises sont contraintes de les garder. Pour reprendre l'expression de militants français de Paris, ils deviennent inexpulsables mais indésirables (Act Up, n.d.). Par ailleurs, les gendarmes prétendent que les Guyaniens mettent toutes les chances de leur côté pour ne pas rentrer chez eux : arrivés en Guyane, ils brûlent ou déchirent leurs papiers d'identité pour éviter la reconduction à la frontière, tout en sachant pertinemment ce que la population locale pense d'eux. Cela se traduit par une attitude provocatrice manifeste chez les jeunes migrants, attitude qui montre la place de l'accusation dans la fraîche mémoire collective et son inscription dans l'histoire d'une maltraitance.

A l'opposé de populations jugées difficiles qui symbolisent pour la police[41] autant que pour la société blanche et créole un danger public contre lequel il est nécessaire d'avoir main basse, il existe des communautés clandestines réputées affables et paisibles. Et ce, en dépit d'éventuelles activités souterraines illégales qu'ils savent maintenir discrètes. Les populations bénéficiant d'une bonne réputation regroupent les Libanais, Les Hmongs originaires du Laos, les Chinois et les Péruviens. Ils ont la réputation d'être des travailleurs sérieux, et surtout d'être capables de régler entre eux leurs affaires. En d'autres mots, qu'importe ce qu'ils font, tant qu'ils ne remettent pas en cause l'ordre social et qu'ils ne s'affichent pas comme des agents fauteurs de troubles dans l'espace public. Les Chinois viennent de Pékin et du Xin Xang par des filières structurées qui transitent par le Surinam et le fleuve Maroni. Ils sont admirés et adulés pour leur réussite économique – ils monopolisent les commerces alimentaires et s'investissent dans le monde des affaires – mais rien n'est dit, par exemple, sur les réseaux de prostitution, aux mains d'une petite mafia locale, strictement réservés aux Chinois dans la mesure où l'activité reste totalement cachée et invisible. Les Péruviens disposent quant à eux de réseaux organisés venant par voie de terre et une de leur stratégie consiste à demander l'asile politique une fois arrivés. Si l'asile politique leur est refusé, ils réitèrent une autre demande, malgré l'invitation à quitter le territoire, au risque cette fois-ci de se faire prendre et éconduire. Là encore, leur relative discrétion ainsi que leur réputation d'honnêteté joue positivement en leur faveur.

L'attitude face aux Brésiliens et aux Haïtiens reste plus mitigée. Les seconds représentent la communauté étrangère la plus nombreuse en Guyane et l'étude minutieuse d'Éric Gallibour sur la prise en charge des Haïtiens infectés par le VIH est suffisamment informative pour ne pas avoir à

[41] Il est recommandé aux officiers de police d'agir avec discernement, autrement dit reconnaître un Brésilien d'un Haïtien, etc. Or, dans le droit, le discernement est considéré comme une pratique choquante de ségrégation.

revenir sur ses analyses (Gallibour, 2000). Officiellement ils étaient plus de 12 000 en 1998 selon le Bureau des étrangers de la préfecture. D'autres sources émanant principalement d'associations n'hésitent pas à doubler le total de leur effectif. A ce titre, leur présence démographique n'est pas sans influer sur les représentations qu'ils suscitent (Chalifoux, n.d.). D'autant plus qu'ils affichent une tendance à s'installer durablement et, contrairement aux populations jeunes des migrants surinamais et georgetowniens, à être répartis au sein de toutes les classes d'âge de 15 à 60 ans. Comme en France et aux Antilles (Delachet-Guillon, 1999), ils jouissent d'une réputation ambiguë, tantôt appréciés pour leur volonté d'intégration et leur modération, tantôt déclamés pour leur tendance à jouer tous azimut la carte sociale, à envahir l'espace guyanais, à grignoter impunément le pain des Français. Les responsables des services sociosanitaires et administratifs signalent avec insistance qu'ils détiennent une bonne connaissance de la loi pour mieux la manipuler. On leur attribue une vocation de fins stratèges car ils savent déployer une batterie d'initiatives complémentaires pour rester, sans parler de l'existence des fameuses filières organisées, véritable leitmotiv qui en dit plus long sur les obsessions des décideurs que sur les migrants eux-mêmes. Ces faits sont corroborés par la police qui ajoute que les Haïtiens ont l'art de se poser en victimes pour s'attirer les égards et la compassion des ONG, éventuellement du gouvernement. Cela dit, les statistiques de la police montrent que les Haïtiens ne posent pas de graves problèmes autant à l'égard des autorités que pour la population puisque la délinquance reste marginale. De la même manière, les femmes qui se prostituent savent rester discrètes et attirer le cas échéant la compassion quand elles évoquent la nécessité de protéger et nourrir leur abondante progéniture. Encore une stratégie culturelle, dirons certains ?

Il est indéniable que ces discours véhiculent chacun à leur manière des simplifications grossières surenchéries par le sens commun qui à son tour alimente les pratiques sociales. Les représentations qui concernent les Brésiliens sont encore plus confuses et contradictoires. D'un côté, on reconnaît leur mérite en tant que travailleurs chevronnés et doués, ne reculant pas devant l'effort. Leur reconnaissance sociale est garantie tant qu'ils ne cherchent pas à défier l'ordre public et le fait que maints conflits soient réglés à l'intérieur de la communauté en dehors de l'espace public dérange peu les autorités[42]. Le personnel consulaire déjà cité distingue également les « bons » Brésiliens qui viennent pour travailler si possible dans la légalité, au contraire des autres qui demeurent des parasites et des opportunistes ne méritant pas de rester sur le sol français. Sinon, d'une manière générale, la représentation des immigrés dépend de leur capacité à suppléer une force de travail non disponible sur le territoire. La main d'œuvre brésilienne vient combler les déficiences locales à l'égard d'un savoir-faire relatif à des travaux exténuants. L'adaptation des Brésiliens à des contextes et des conditions de vie pénibles renforce l'image de marque d'une population « vigoureuse » dont on peut tirer parti. Mais elle devient gênante une fois qu'elle déborde ce cadre précis. Là encore, il existe bien un « bon » et un « mauvais » type de migrant. L'idée que l'immigré lusophone équivaut à un travailleur, et rien d'autre, continue à faire longue route. Vient-il quémander autre chose, ne serait-ce qu'un droit élémentaire, et il se transforme en envahisseur. Il est remarquable que la plupart des Brésiliens ont intériorisé ce parallèle (Bourdier, 2002). L'unique moyen d'auto-justification d'une personne sans papiers ou en cours de régularisation soumise à un contrôle policier revient à montrer ses mains calleuses et à affirmer, à la manière dont on présente un passe-droit, qu'elle n'est pas un *malandro* ou un *vagabundo,* qu'elle besogne sérieusement à la différence des paresseux Surinamais et Georgetowniens. L'immigré brésilien entreprend de justifier sa présence par le labeur, non par la revendication légale au droit de rester, encore moins par des stratégies de mobilisation collectives. On verra dans la troisième partie de ce travail qu'en de telles circonstances où le corps est mis en avant, signifié en instrument de travail, la maladie - et le sida en particulier - menace de bouleverser les repères et fait obstacle à l'intégration dans le corps social.

Aux antipodes de ces représentations divergentes, nuancées mais relativement conciliantes envers les Brésiliens si on les compare avec celles émises à propos d'autres peuples, la thèse du complot colporté par certains habitants, journalistes et fonctionnaires de la Guyane avance l'idée que le Brésil

[42] Notons que la notion de faire sa propre justice, endémique dans le département, ne se retrouve pas seulement dans les représentations populaires mais dans une certaine mesure chez certains responsables.

envoie délibérément ses migrants vers le département français pour se l'approprier progressivement, au fur et à mesure que croît la population brésilienne immigrée. L'envahissement passerait également par l'inoculation de maladies au peuple guyanais et certains vont jusqu'à susurrer que le sida pourrait être une des armes employées. Preuve en serait que les familles originaires de ce pays sont celles qui possèdent le plus d'enfants (nb : ce qui est faux). Le temps joue en faveur des Brésiliens dont le propre gouvernement est trop heureux d'encourager une progression lusophone qui à long terme sera payante dans les contrées voisines, Guyane en tête. Les instigateurs de cette théorie pensent très sérieusement que le département français est en train d'être usurpé et court à sa perte si rien n'est fait contre le mal brésilien. Qui sait d'ailleurs si les mouvements indépendantistes ne sont pas à la solde de Brasilia ? Ces Croisés des temps modernes partis en guerre pour la libération de la Guyane prônent le renforcement des frontières avec l'appui de l'armée et de la légion étrangère et l'établissement de cordons de protection autour du Centre aérospatial de Kourou dont les mêmes Brésiliens transformés cette fois-ci en espions techno-scientifiques rêvent de s'emparer et convoitent d'en apprendre les secrets. Un de ces pourfendeurs anti-brésilien annonça une fois sur un ton grave dans les médias que « *(…) les Brésiliens n'ont pas dit leur dernier mot. Quelque part, ils gardent l'espoir de s'installer un jour en Guyane. En dépit de ses déclarations, le Brésil n'entreprend rien de vraiment sérieux pour enrayer l'immigration (…) c'est un signe (…)* ». D'autres en tiennent pour preuve que les manuels scolaires brésiliens considèrent la Guyane comme partie intégrante de l'État d'Amapá (information totalement erronée). Toute idée de récupérer le territoire est loin d'être abandonnée, en témoigne le rôle actif dans les affaires du Surinam joué par le géant Brésil qui affiche sa vocation régionale en matière de politique expansionniste.

Les dérives de l'imbroglio administratif

En contrepoint de ces représentations, les conditions légales, sociales, économiques, culturelles et affectives liées à la migration constituent des facteurs potentiels d'exposition. Ce sont en premier lieu les aspects juridiques et réglementaires liés au droit de séjour qui vont retenir notre attention dans les lignes qui suivent

Les Brésiliens qui se rendent en Guyane savent qu'ils peuvent sans trop de difficultés trouver un travail manuel, gagner davantage d'argent qu'au Brésil. La plupart sont conscients qu'ils resteront dans l'illégalité et risqueront de se faire reconduire à la frontière en cas de contrôle policier. Rappelons encore une fois que la majorité des Brésiliens ne vient que pour un moment et envisage de retourner chez eux une fois ayant mis de côté suffisamment d'économies pour rembourser les dettes familiales, monter un petit commerce, aider les enfants à continuer les études, etc. Ils acceptent les règles du jeu, sachant que la gendarmerie française expulse les clandestins sans les maltraiter, c'est-à-dire sans les molester ni prendre leur argent. Les immigrés qui envisagent de rester plus longtemps essaient de régulariser socialement et symboliquement leur situation en montrant leur statut de travailleur honnête et leur participation à la construction de la société guyanaise. Les rares Brésiliens qui tentent de s'installer durablement en couple ou en famille connaissent en général la Guyane depuis plusieurs années, possèdent de la parenté sur le territoire et ont des appuis : le processus de régularisation est souvent en cours, mais sans aboutissement décisif.

Les attentes légitimes de régularisation (carte de résident, carte de séjour) ou même les renouvellements des cartes sont extrêmement longs et aléatoires. Contrairement à d'autres populations, les Brésiliens ne sont pas très au courant de leurs droits : les informations circulent de bouche à oreille mais ils ne vont guère au-devant, ni à la rencontre d'un représentant de l'État. Eux-mêmes se constituent exceptionnellement en association. Ignorant ou sous-estimant les revendications légitimes, un nombre conséquent de personnes déjà installées se retrouve dans des situations de clandestinité à long terme. Les rares associations guyanaises (Aides Guyane, etc.) dénoncent la mauvaise volonté de certains fonctionnaires travaillant à la préfecture où les demandes s'accumulent, s'entassent et n'aboutissent pas. Des Brésiliens d'une petite ville frontalière expliquaient la façon dont ils étaient manipulés et discriminés dans les administrations. Contraints d'aller et revenir sans cesse

dans les services de la mairie, il leur était demandé des papiers chaque fois plus compliqués à obtenir, parfois inutiles. Des fonctionnaires jouent sur le temps, l'usure et suscitent l'humiliation : « *(…)aujourd'hui, on n'a pas le temps de s'occuper de ces choses embarrassantes, reviens une autre fois »* ou bien « *tu crois pas qu'on a des choses plus importantes à faire que de régler tes petits problèmes imaginaires ?* ». Les fonctionnaires savent se montrer inquisiteurs et lancer des questions hors de propos : « *(…)et pourquoi tu veux ça, cela te servira à quoi, hein ?* » et aussi « *tu veux encore profiter du système français et nous faire croire que tu cherches du travail légalement alors que tu ne penses qu'à travailler au noir, t'as pas honte ?* »[43], et pour finir, la phrase lapidaire : « *et tu te sentirais pas mieux avec les tiens au Brésil, pourquoi les abandonnes-tu ?*[44] ». Bref, autant de répliques discriminantes n'ayant rien à voir avec la demande effectuée. En fin de parcours, l'absence de la délivrance de la carte de séjour - ou le délai dans le renouvellement - entraîne des retards pour les autres droits sociaux : une jeune femme brésilienne me montre des papiers datés prouvant qu'elle a dû attendre deux ans pour recevoir le RMI alors que trois mois suffisent normalement. Explication : son dossier se serait perdu à plusieurs reprises et elle fut à chaque fois contrainte de refaire toute la paperasserie. Sans compter les papiers inutiles qui lui étaient demandés comme les extraits de naissance certifiés qu'elle devait se procurer au Brésil conjointement à des références parentales.

De leur côté, une partie du personnel chargé des bureaux sociaux rencontrés dans de petites villes[45] rétorquent qu'ils ne peuvent pas résoudre toute la misère du monde ni encourager la clandestinité. Jouant les bons Samaritains, ils se disent par contre prêts à tout faire pour ceux qui le méritent et sont en droit de recevoir, mais la définition précise de ces expressions – le méritant et l'ayant droit - reste évasive dès qu'il est demandé aux interlocuteurs de la préciser. Un retournement des valeurs s'impose et le travail du fonctionnaire recouvre les attributs d'une œuvre humanitaire ! On fait comme si on accordait exceptionnellement une aide bienveillante à une population issue du tiers-monde alors qu'il ne s'agit que d'une simple application de la loi française. Lesdits représentants des affaires sociales rétorquent que la tache est loin d'être aisée. Il est reproché aux étrangers, Brésiliens entre autres, d'ignorer les structures, de ne pas présenter les papiers nécessaires au moment voulu, d'où la contrainte de tout recommencer et revenir à la case départ. Un discours plus insidieux, souvent répété par les mêmes fonctionnaires, fait état des Brésiliens du Nord qui ne viennent pas ici pour le tourisme mais pour fuir leur condition : *« Certains sont des gens prêts à tout : abuser, piller, voler (…)* » maugréait une brave femme de Saint-Georges. D'autres agents de l'État, au vocabulaire plus administratif, reconnaissent qu'ils ne peuvent pas s'occuper de tout le monde car il leur manque le budget nécessaire et le temps pour répondre aux innombrables requêtes de ces « populations assistées ». Certes, tous ne réagissent pas de la sorte. Et il peut arriver qu'une assistante sociale attachée à un centre de santé ou une mairie adopte une attitude contraire et fasse tout pour aider les gens, se mettant alors en porte-à-faux avec ses collègues plus obtus dépendant d'un autre service (préfecture, etc.) mais impliqués dans les mêmes contentieux.

Les blocages administratifs et les discriminations aléatoires constituent un premier frein pour l'accès des populations non régularisées envers les structures de l'État, y compris les services de soins de santé. D'emblée, force est de reconnaître que les migrants cumulent des difficultés supplémentaires face à la situation sanitaire (Bourdier, 2002e). Les étrangers en situation irrégulière en Guyane peuvent obtenir une carte de séjour pour raison thérapeutique. Cette loi concerne les pathologies qui doivent être soignées dans l'urgence ou bien celles pour lesquelles les pays d'où sont originaires les étrangers ne possèdent pas les soins ou les dispositifs médicaux nécessaires à leur traitement. En Guyane, et à propos du sida, tous les pays proches sont concernés (Haïti, Surinam, Guyana) sauf le Brésil. Celui est exclu de cette législation car il dispose officiellement des HAART pour sa population qui en a besoin. Cette exclusion équivaut presque à un détournement de la loi car elle n'envisage qu'un facteur mais pas la globalité du système recours. L'accès aux autres médicaments, pour les maladies opportunistes et pour des affections bénignes, est en réalité inégale et beaucoup de médicaments viennent régulièrement à manquer au Brésil, y compris pour des affections graves comme la toxoplasmose et

[43] Propos rapporté à une personne demandant le RMI.
[44] L'ensemble de ces remarques nous ont été rapportées par les Brésiliens eux-mêmes.
[45] Les lieux ne seront délibérément pas mentionnées ici

certaines infections pulmonaires[46]. Les responsables de la santé publique en Guyane chargés d'appliquer la loi française n'envisagent donc pas la question dans sa complexité mais se contentent trop facilement d'une déclaration basée uniquement sur la nationalité. Par ailleurs, l'existence éventuelle d'un autre flux migratoire brésilien motivé par des raisons médicales (migrations thérapeutiques) ou même par l'obtention facilitée d'une carte de séjour fait partie des paranoïas de certains acteurs et décideurs. Elle semble toutefois peu probable, en tout cas marginale. Il est toujours possible d'identifier des exceptions mais la motivation thérapeutique pour la prise en charge du sida ne vient jamais seule. Par contre, les soins gratuits de meilleure qualité ainsi que la naturalisation possible d'un enfant lors d'une naissance sur le sol français représentent des motivations reconnues chez les Brésiliens pour un séjour en Guyane[47].

Le statut légal (irrégulier ou régulier, temporaire ou fixe) est primordial car il prédétermine en grande partie les conditions de vie du migrant. Un statut irrégulier (ce qui est le cas pour la plupart des immigrés brésiliens) peut entraîner à terme des situations de vulnérabilité à l'égard de la santé. Les conséquences directes du statut de clandestin sont l'acceptation d'emplois précaires ou illégaux. Même avec un travail, les personnes en situation irrégulière sur le territoire français connaissent des situations précaires, et peuvent être expulsées à tout moment. Les Brésiliens obtiennent difficilement des cartes de séjour ou des autorisations temporaires de travail. Cette situation est accentuée par le fait que beaucoup de patrons continuent d'employer des migrants au noir à moindre coût. Les femmes sont le plus souvent inactives ou non déclarées et peuvent donc difficilement attester d'activités rémunérées prolongées.

Une des solutions très souvent employée pour obtenir un statut administratif et politique plus stable est de faire reconnaître les enfants nés sur le sol français par des personnes de nationalité française. L'enfant pourra ainsi bénéficier de l'aide de l'État et assurer une certaine stabilité à la mère. La reconnaissance d'enfants de mère brésilienne par un tiers est une solution envisageable. Elle peut devenir une source de revenus importante pour celui, français d'origine ou naturalisé, qui accepte de rentrer dans le jeu. Cette signature peut se monnayer plus de 3000 euros. Une des Brésiliennes interviewées âgée de 21 ans était en train de faire reconnaître son premier enfant (de deux ans, né au Brésil) par une personne, alors qu'elle était déjà enceinte d'un second qui serait reconnu par un autre Guyanais, aucun des deux n'étant le vrai père de l'enfant qu'il reconnaissait. Ces hommes qui ne sont pas forcément d'origine brésilienne ont trouvé un moyen de se procurer de l'argent facile et peuvent ainsi reconnaître un nombre important d'enfants. Parallèlement, de nombreux couples brésiliens qui se construisent en Guyane décident d'avoir un enfant pour prouver leur union. Ces attitudes liées à des logiques d'implantation durable ne sont rien de plus que des stratégies compensatoires qui tentent de contrecarrer les abus des politiques de migration. Celles-ci tentent à tout prix d'empêcher l'installation des étrangers, que ce soit en utilisant des subterfuges, en favorisant le laisser-aller, en faisant preuve d'une mauvaise volonté évidente. La complexité du système montre l'inanité de chercher à comprendre de façon morcelée les comportements des migrants refoulés dans la clandestinité et confrontés à des priorités dans lesquelles la santé préventive est sous-estimée, d'où les difficultés à mobiliser l'attention d'une certaine catégorie de personnes pour se prévenir de l'infection au VIH.

Les pratiques intempestives des administrations locales ralentissent et compromettent le processus de régularisation des populations étrangères qui tentent malgré tout au prix d'efforts et de brimades subies de faire reconnaître leur droit. Les travaux récents d'Estelle Cardes à Saint-Laurent du Maroni en 2002 confirment les abus des services sociosanitaires qui refusent d'effectuer les démarches nécessaires pour l'obtention d'une couverture sociale d'une personne en cours de régularisation tant qu'elle n'est pas malade (Cardes, 2002). Ces pratiques restrictives et abusives se retrouvent chez des professionnels de santé estimant - ou plutôt ayant décidés eux-mêmes – qu'un problème de santé préalable est nécessaire pour initier une demande de couverture générale à la sécurité sociale (CGSS) ou pour obtenir un dossier d'aide médicale (AME).

[46] Ce fut le cas au Centre de références de Belém en 2002.
[47] Interviews avec les responsables de l'ex. DASS État.

Pourtant si l'on s'en tient à la population immigrée malade, la loi Chevènement de 1998 stipule que les étrangers ne peuvent être reconduits dans leur pays d'origine pour poursuivre le traitement qu'à la condition qu'ils puissent bénéficier d'un traitement de qualité égale (ce qui est partiellement le cas au Brésil puisque les ARV sont garantis tandis que les médicaments pour les maladies opportunistes ne sont pas tous disponibles[48]) mais aussi des capacités d'accès du patient à ces moyens, stipulant par exemple que (je cite) « l'accès aux structures sanitaires éventuelles est fonction de la distance entre le lieu de résidence du patient et la structure de soins qui conditionne le suivi médical régulier » (Act up-Paris, art330). Cela signifie en d'autres termes qu'une personne sans domicile, sans ressource ni aucun lien familial dans son pays d'origine risque de mettre gravement son état de santé en danger si elle retourne dans son pays : en conséquence, elle ne peut pas être reconduite à la frontière sans discernement. Or il faut bien déplorer que cette seconde clause de la résolution n'est jamais observée, comme l'attestent les femmes enceintes séropositives brésiliennes expulsées de la Guyane rencontrées à Macapá puis à Belém dans les années 2000-2001, déchues et livrées à elles-mêmes (voir dans la troisième partie). L'étranger indésirable devient la victime d'un dysfonctionnement qui s'opère à l'un des maillons de la chaîne (dénonciation à l'administration, refus des autorités consulaires à s'engager, cooptation avec la gendarmerie, abus de droit, etc.). Il se retrouve illégalement, pour ne pas dire sauvagement, expulsé. Même si les reconduites à la frontière de personnes malades du sida ne surviennent qu'exceptionnellement (un responsable de santé publique utilisait le terme très militaire d'effet collatéral), la prise de connaissance de ces histoires au sein de la communauté des immigrés concourt à augmenter l'hésitation et la méfiance que certaines personnes développent envers le système de santé guyanais.

[48] Le gouvernement central assure la livraison des médicaments pour trois maladies graves : le cytomégalovirus, la méningite cérébrale et la pneumocystose. Il incombe aux autorités sanitaires des différents États de fournir les autres.

Chapitre 7

Les conditions de vie sur le littoral guyanais et en forêt

(Réjane Mouillot et Frédéric Bourdier)

Paradoxalement, l'épidémie du sida semble avoir rendu le Brésil tout à la fois plus proche et plus lointain de la Guyane française. Plus lointain car d'une rive à l'autre, chacun se regarde en chien de faïence. Plus proche parce que le thème de l'immigration brésilienne s'est alors chargé d'une dimension sanitaire d'une ampleur nouvelle. L'image du Brésil est devenue beaucoup plus présente, au moment même où l'ouverture de la route Regina Saint-Georges faisait de la pénétration brésilienne une métaphore quasi-sexuelle des risques nouveaux encourus par la population guyanaise au contact d'une population souvent considérée "à risque". L'espace frontalier constitue une porte d'entrée pour le sida, même si les avis diffèrent quant à la direction : les Brésiliens, y compris les responsables de la Coordination MST/sida de Macapá, pensent que l'épidémie en Amapá prend son origine dans les contacts nébuleux avec le département français, tandis que les Guyanais se chargent d'invectiver les mœurs sexuelles volatiles des Brésiliens (mais aussi des autres étrangers) et la présence effrénée des femmes lusophones de petite vertu sur le territoire français. Comment le développement des échanges dans un tel contexte sanitaire a-t-il fait évoluer le rapport des migrants avec la société d'accueil ? C'est le thème principal de ce chapitre qui va brosser un tableau sommaire de l'univers social des Brésiliens dans la préfecture de Cayenne puis dans l'intérieur du département français. On insistera davantage sur le monde des clandestins éloigné du littoral étant donné qu'il ne fait l'objet d'aucune documentation sérieuse. Les idées préconçues dominent. Les représentations sociales véhiculées assimilent en effet la vie en forêt comme « hautement à risques », étant donné les activités clandestines et souterraines qui s'y déroulent. Discours du sens commun largement repris par les politiques ainsi que par des responsables sanitaires, et dont il s'agit de démêler la part de fantasme et de réalité.

Les Brésiliens dans l'agglomération de l'île de Cayenne

L'agglomération cayennaise regroupe la ville de Cayenne proprement dite, ainsi que les villes adjacentes de Rémire-Montjoly et Matoury. Plus des deux tiers de la population de la Guyane habitent à l'intérieur de ce vaste périmètre urbain en pleine extension, sujet à une importante explosion démographique. Les Brésiliens se retrouvent un peu partout, notamment dans les centres des trois villes, mais la plupart se concentrent dans des zones particulières. Les quartiers brésiliens ont pour noms : cité Bonhomme, Mathina ou HLM les palétuviers, carrière Blanchard à Suzini, Canari près de la cité Zéphir, et la route des Plages pour ne citer que les principaux. Les immigrés de langue lusophone sont également nombreux à la Crique (anciennement dénommé le quartier chinois), le secteur réputé dangereux et malfamé de Cayenne. Ces quartiers sont socialement sous-équipés et économiquement modestes. Certains constituent de véritables enclaves sous-développées, aux infrastructures précaires, scandaleusement laissées pour compte par les politiques urbaines. Prenons l'exemple de Mathina : Le quartier, entouré de terrains vagues non occupés, existe depuis 1984. Il est situé au sud-ouest de l'île de Cayenne sur un terrain marécageux, non loin du centre et à proximité de la Crique. Sur les 97 familles, les deux tiers sont d'origine brésilienne. Les habitations disposées en

ligne sont aménagées en lotissements numérotés, séparées par des ruelles de terres qui deviennent boueuses et défoncées lors des fréquentes pluies. Les maisons en préfabriqué disposent d'un rez-de-chaussée et d'un grenier mansardé aménagé en chambre de fortune afin de pallier la surpopulation familiale dépassant facilement les dix personnes.

La population brésilienne à Cayenne est jeune, active et à légère dominance masculine. Les données officielles, réservées à la population recensée et régularisée, indiquent que la moitié des actifs oscillent entre 25 et 39 ans et que les trois quarts d'entre eux ont moins de 40 ans et sont à 60% des hommes. Le chômage touche peu les Brésiliens, en comparaison aux autres populations immigrées et aux Guyanais. Les statistiques de l'INSEE ne signifient toutefois pas grand chose en ce qui concerne la proportion des Brésiliens sans emploi (30%) car la plupart de ces derniers travaillent malgré tout comme maçons et artisans et ne bénéficient pas d'un emploi permanent. Ils sont donc régulièrement inscrits en tant que demandeurs d'emploi, même s'ils leur arrivent de travailler à droite ou à gauche. Par ailleurs, nombreux sont ceux qui complètent leur salaire ou gagnent leur vie en bricolant ici et là : manutention, réparation de voitures et de machines en tout genre, petite mécanique, assemblage électrique ou électronique pour les hommes ; couture, esthétique, confection de nourriture, vente à domicile, ménage et cuisine pour les femmes. Ces activités complémentaires ne sont rien d'autre que la réplique du fameux « *fazer bico* » endémique au Brésil, correspondant à une stratégie de survie adaptée à une situation de précarité économique. Il serait toutefois inapproprié d'opérer une nette dichotomie entre le travail régulier et le travail informel. Bien souvent l'intégration économique des Brésiliens relève d'un long processus qui passe par le travail clandestin. Il existe donc une véritable capillarité entre les activités dites officielles et celles qui relèvent de réseaux parallèles et on ne serait pas trop éloigné de la vérité en affirmant que la plupart des Brésiliens établis de Cayenne se sont intégrés grâce à leur débrouillardise mais aussi grâce au labeur clandestin, tremplin souvent obligé pour accéder à une activité régulière.

Les Brésiliens du village chinois
(Réjane Mouillot)

J'ai pu rencontrer et m'entretenir de façon formelle avec des Brésiliens habitant le quartier d '« Îlet malouin », au village chinois de Cayenne. Le jeune Îlet malouin est presque exclusivement composé de Brésiliens. Il se situe au nord du village chinois en bordure du fleuve. Les maisons ont été bâties sur des terrains non-constructibles que la mairie peut décider d'évacuer à n'importe quel moment. Lors de mes visites, j'ai rencontré la médiatrice de la rue brésilienne, née en Guyane, qui travaille dans le quartier. Elle m'a permis de l'accompagner pendant une semaine. Son rôle consiste à aller à la rencontre des personnes en situation difficile, souvent en situation irrégulière, pour les aider dans leurs démarches administratives ou sanitaires. À la suite de cette semaine nous avons participé à une réunion organisée par la DASS pour mettre en œuvre une politique de prévention antisida avec l'aide des acteurs de terrain (personnes relais). Comme j'avais préalablement habité quelques semaines dans le quartier, cela m'a permis de rencontrer plusieurs Brésiliens, de manière tout à fait informelle cette fois ci. Par le biais de connaissances, j'ai pu aussi fréquenter des Brésiliens du quartier de Cabassou (sur la commune de Matoury) et du Larivot (Cayenne connaissant une situation similaire.
Dans ce quartier où résident de nombreuses femmes inactives, la prostitution domine, même si elle prend plusieurs formes. L'objectif de ces femmes sans autres activités est a priori le même que les Brésiliennes qui se dirigent vers les espaces aurifères : accéder à une vie meilleure et si possible économiser de l'argent pour retourner vivre correctement au Brésil. Plusieurs d'entre elles cherchent cependant à acquérir leur régularisation administrative par le biais d'un enfant qu'elles attendent ou qui vient de naître d'un père français.
La majorité des femmes restent cloîtrées chez elles car elles appréhendent les contrôles policiers et leurs conséquences : les opérations de reconduites à la frontière des Brésiliens seraient fréquentes, du moins est-ce le bruit qui court. Ainsi, même une visite au dispensaire situé à une dizaine de minutes à pied leur paraît risquée. Ici encore, la solidarité de la communauté dans ce milieu particulier est très importante, et il arrive que les personnes anciennement arrivées en Guyane soutiennent les nouvelles.

Cette solidarité qui s'exprime aussi par un repli sur soi et le maintien fort de la culture fait que peu d'entre elles parlent le français, y compris après plusieurs années dans le département.
Les femmes éprouvent du mal à trouver un emploi fixe et restent à la maison pour s'occuper des enfants. Comme au Brésil, elles parlent sans tabou du préservatif mais elles évoquent les problèmes pour s'en procurer. Conjointement au désir d'avoir des enfants, elles reconnaissent la difficulté de le faire accepter régulièrement par leurs partenaires, même brésiliens d'origine.
Les hommes trouvent plus facilement du travail et sont souvent absents. Les communautés du littoral sont en contact avec les Brésiliens de l'intérieur. J'ai ainsi croisé lors d'une fête à Cayenne des Brésiliens orpailleurs rencontrés à Maripassoula. Les contacts semblent maintenus par des réseaux puissants internes à la société brésilienne. Plus proches des services administratifs et de la population guyanaise, la majorité des Brésiliens du littoral restent mieux intégrés, notamment ceux qui sont installés et travaillent de longue date dans le département. Il n'empêche que la totalité d'entre eux maintient des liens forts avec le pays et investissent qui dans la construction de la maison familiale à Macapá ou Belém qui dans une affaire pour aider un proche, qui dans un commerce lucratif.
Au bout du compte, la situation reste moins difficile sur le littoral où plus nombreux sont les Brésiliens à fonder des familles et à faire des enfants, ce qui les aide à régulariser leur situation et obtenir une amélioration financière par le biais des allocations. Même si cet argument s'apparente au cliché, il constitue une réalité indéniable du fait que la clandestinité reste un handicap majeur pour l'épanouissement et l'investissement des immigrés y compris dans le domaine de la santé.

Les Brésiliens ne constituent pas une communauté soudée en Guyane et les clivages se perpétuent jusque dans les quartiers qu'ils investissent. Alors que l'on pourrait penser que la proximité géographique aide à resserrer les liens sociaux, c'est parfois l'inverse qui se produit. A Mathina, les Brésiliens se différencient entre eux suivant la situation sociale et les titres de séjour. La société se compartimente entre ceux qui sont naturalisés, ceux qui bénéficient d'une carte de séjour renouvelable, ceux qui disposent d'un contrat temporaire de travail et d'une autorisation provisoire de séjour, celles qui viennent pour essayer de se marier (appelées par leurs compatriotes « les opportunistes ») et ceux qui vivent isolés ou qui appartiennent à des réseaux de clandestins vivant de rapine. Les personnes naturalisées ne jouissent guère de l'égard des autres Brésiliens et les deux catégories naturalisés/non naturalisés se mélangent peu. Les seconds reprochent aux premiers d'exprimer une attitude de rejet, voire de racisme affiché, à l'égard de leurs anciens compatriotes et de leur pays. Attitude inacceptable pour un Brésilien !

Les jeunes femmes célibataires dont l'objectif est de se marier à un Français constituent une entaille à la règle de l'ancienneté. Elles sont assimilées par leurs compatriotes à des *pecoras* (littéralement : des poules qui viennent picorer les grains dans la cour des autres). Contrairement aux travailleurs venus amasser de l'argent, elles sont à la recherche d'une alternative de vie agrémentée d'une évolution durable de leur position sociale, prêtes à renoncer à leur nationalité. Conscientes de l'image dépréciative qu'elles suscitent auprès de l'ensemble des communautés brésiliennes, elles ne les fréquentent guère et certaines vont jusqu'à adopter une attitude de mépris et de dédain envers leurs compatriotes. Le mariage implique l'installation permanente sur le territoire guyanais, possible étape pour la métropole. Loin d'être un dilemme, l'union constitue un moyen immédiat d'amélioration de leurs conditions de vie. Le pari est téméraire car la voie choisie ne va pas toujours de soi. Aux éclats des beaux jours succède l'amère déception de la vie quotidienne et nombreuses sont les Brésiliennes à se retrouver en situation d'échec marital. L'insertion sociale sur le long terme des Brésiliennes qui se marient avec des hommes français est loin d'être évident : elles ne sont pas toujours acceptées dans le milieu social du mari, surtout quand celui-ci évolue dans la "haute société". Écoutons ce que dit, avec un profond discernement, une de ces femmes qui, mariée avec un métro, l'a quittée pour finalement se retrouver dans la prostitution :

> « C'est comme ça chez vous (...) dans votre milieu français, il y a exigence d'une certaine intellectualité qui, finalement, fait partie de la façon de concevoir les rencontres sociales. C'est pas vrai ? Les métros en Guyane ne se prennent pas pour rien (...). Ils occupent des super postes, gagnent bien leur vie et leur passe-temps préféré consiste à s'inviter, se rencontrer entre amis ou

> collègues. Quand on devient la femme du métro, il y a tout une mise à l'épreuve (...). Hé ouais, il faut apprendre rapidement à être à la hauteur, à savoir se montrer, bien parler. Si on n'est pas cultivée, on passe pour une conne. Je rigole pas, c'est sérieux. C'est un peu l'image de la belle meuf sans cervelle. Ton mec, il veut que tu montres à ses potes que t'es autre chose qu'une nana bien foutue. Le prestige rejaillit sur lui. Alors toi, tu dois être la complice de tout ce jeu. Cette manière de paraître, et bien, elle est totalement différente de celle au Brésil. Alors quand on arrive ici, ça fait drôle ! Pour nous les femmes brésiliennes qui nous marions avec un Français, la question est d'avoir quelque chose à offrir non seulement à lui mais aux autres, à ses fréquentations : un savoir, une qualité, une conversation, je sais pas trop quoi encore... Et bien pour nous c'est pas évident parce que ce genre de sociabilité autour d'un verre « sérieux » n'a pas son équivalent au Brésil. Je sais pas comment expliquer clairement tout ça, mais chez nous on se prend moins la tête, on est quand même plus nature, on ne doit pas jouer la Marquise devant la cour des invités. Et puis, on a d'autres moyens de se mettre en valeur, en tant que femme. Ici on a l'impression d'être observée et jugée sans cesse. Il faut se tenir à carreau, sinon on a vite fait d'acquérir une réputation de salope. Moi, y a même des potes de mon ex-mari qui ont voulu me brancher, dès fois je me suis demandée si M. (i.e. l'époux) n'était pas au courant ».

Avoir d'autres moyens de se mettre en valeur : ne faut-il pas voir dans cette remarque apparemment anodine un phénomène socioculturel d'une importance particulière, à savoir que les codes dont dispose une femme brésilienne pour être valorisée changent radicalement entre le Brésil et la Guyane. Dans son pays, la maternité, l'enfantement, la participation aux activités de loisirs aux côtés du conjoint (sport, musique, danse, fête, activités religieuses) sont des moments forts où la femme à travers les étapes de sa vie trouve les moyens de son accomplissement alors qu'en Guyane, l'immigrée brésilienne célibataire est appréciée avant tout pour son physique, son exotisme, ensuite pour sa capacité à évoluer en société et à remplir son rôle d'« exotique intelligente ». En de telles circonstances, le corps pourtant mis en avant dans la culture brésilienne acquiert une valeur toujours exacerbée mais à condition d'être accompagnée d'un comportement socialement correct, réservé et discret.

Les déchus de la migration sont légions. Dans un quartier comme la Crique où de nombreux bars et tripots tiennent lieu de divertissement nocturne, la marginalisation des sans-papiers concourt à accentuer le développement d'activités illégales, dangereuses ou risquées. En premier lieu, une prostitution de nuit qui craint la police et ne fréquente pas les services de lutte anti-vénérienne par peur de se faire dénoncer et expulser. Certaines femmes ne seraient pas autorisées à se rendre librement dans les centres de santé, de crainte qu'elles ne dénoncent leurs employeurs. Dans le courant des années 1990, un nouveau phénomène est venu aggraver la situation : le développement de la consommation des drogues injectables et des produits chimiques tels que le crack et les amphétamines. Violence, prostitution à la va-vite et drogue constituent une toile de fond propice à la vulnérabilité accrue au VIH, que ni les pouvoirs publics ni les associations ne semblent être en mesure, pour l'instant, d'endiguer ou tout au moins de canaliser. Personne n'ose se rendre dans le quartier, estimé trop dangereux, pour effectuer un travail de proximité[49]. L'isolement, la marginalité et la précarité de ces prostituées désœuvrées se retrouvent également chez bon nombre de clandestins brésiliens n'ayant pas connu le « mirage guyanais » : sans travail, déboutés par l'absence d'une entraide brésilienne sur laquelle ils escomptaient en arrivant, la plupart de ces jeunes immigrés se réfugient dans le quartier de la Crique ou dans les bidonvilles excentrés de la préfecture, prêts à accepter par la force des choses de mouiller dans n'importe quel trafic pour s'en sortir, le cas échéant afin de pouvoir revenir chez eux sans perdre la face, c'est-à-dire avec un minimum d'argent accumulé.

Dans un climat social délétère où l'absence de perspective à moyen terme obscurcit toute possibilité de se projeter dans l'avenir, le concept de prévention au sens général, et la notion de prévention contre le sida en particulier, ont du mal à trouver leur place, à se frayer un chemin dans les méandres d'une vie remplie de déboires. Du côté des autorités sanitaires, force est de constater que de tels mots d'ordre sont difficiles à légitimer et à faire passer. Sans parler des comportements de mise à l'épreuve - ordalies des temps modernes - qui poussent l'individu à provoquer le risque de façon

[49] Aides Guyane envisageait début 2003 d'introduire des personnes relais.

consciente ou inconsciente. Il survient alors des cas extrêmes où des personnes en bout de course, socialement et psychologiquement épuisés, s'approprient le sida et l'utilisent, de façon réelle ou imaginaire, en tant qu'arme de protestation et éventuellement de destruction envers une société dont ils n'attendent plus rien. Refuser délibérément de se protéger et/ou d'inciter l'autre à ne pas se prémunir constituent des actes irrationnels du point de vue de la santé publique et de la lutte contre le sida ; encore faut-il savoir que les raisons profondes sous-jacentes à ces comportements plongent leurs racines dans les conditions extrêmement précaires de vie. Ils se déploient encore davantage en l'absence de toute reconnaissance sociale conduisant à des formes de rejets exacerbés. Si de semblables réactions ont été peu observées directement chez des Brésiliens en comparaison à d'autres immigrés, ces derniers demeurent toutefois concernés étant donné l'étroite relation que certains d'entre eux entretiennent avec le monde de la marge.

Ces attitudes face au risque épidémique ne sont pas mesurables ni quantifiables. Il n'en demeure pas moins qu'elles existent, même si elles ne reflètent qu'une faible partie des comportements de la population de Cayenne. Une position plus courante, souvent évoquée par les personnels de santé, serait l'insouciance de la personne. Insouciance pouvant conduire à des situations de vulnérabilité face au VIH. Encore faudrait-il savoir ce que recouvre ce vague terme et quelle utilisation fourre-tout lui assigne-t-on. Pour le sens commun, cela signifie qu'une personne se désintéresse de ce qui peut lui arriver à l'égard du risque de contamination par le VIH. Cela indique par voie de conséquence qu'elle se désintéresse parallèlement de la possibilité de transmettre la maladie aux autres, à ses proches. Sont évoquées en guise d'interprétation à ce mystérieux comportement nihiliste les croyances, et plus précisément la culture, sorte de boîte noire commode mais qui n'explique absolument rien et fige l'être humain dans un fatalisme socioculturel douteux. Dans le cadre d'analyse qui nous intéresse, il semble vain d'isoler l'insouciance d'une personne à l'égard du sida. Cette prétendue insouciance s'inscrit dans un plus vaste éventail de comportements dont le manque d'attention envers la santé n'est qu'un des éléments. Que la santé ne soit pas une priorité, c'est une chose. Mais de là à affirmer comme certains médecins rencontrés à Cayenne qu'elle n'est l'objet d'aucune attention chez les immigrés en est une autre, sûrement exagérée et vraisemblablement inepte. Les perspectives spoliées d'intégration sociale, affective et professionnelle auxquelles aspirent les individus constituent un indicateur pour la prévention. Car prévenir c'est se projeter dans l'avenir, surtout en ce qui concerne le sida. Réciproquement, la carence affective, l'absence de projet à terme, l'appréhension d'un futur aux contours incertains peut inciter à l'absence de précaution et donc favoriser l'émergence de situations à risque envers le VIH. Notre interprétation peut ne pas sembler totalement convaincante en raison du manque de données à l'appui et en raison de l'absence de recherche de corrélation entre statut social, représentation du sujet, projection dans l'avenir et adoption de mesures préventives mais elle est guidée par l'hypothèse construite à partir de plusieurs cas de figure rencontrés. Au cours d'enquêtes rétrospectives (dont il sera question plus loin), les individus qui ont été testés séropositifs après avoir eu conscience d'une prise de risque reconnaissent dans leur grande majorité avoir expérimenté des frustrations familiales, sociales et/ou économiques graves au moment de leur contamination présumée.

En somme, derrière la diversité des situations vécues par les immigrés brésiliens sur le littoral guyanais, se profile un ensemble de configurations sociales susceptibles d'augmenter le risque épidémique. Premièrement, on note un décalage entre la connaissance du VIH et les pratiques effectives. Cela ne constitue pas un fait nouveau et de nombreuses études ont montré l'universalité de cet écart. Par contre, la façon dont le décalage se construit et prend forme varie suivant les contextes socioculturels et géographiques et c'est justement cette construction originale qu'il s'agit de dévoiler dans notre cercle d'observation afin de mettre en évidence les dynamiques sociales qui concourent à intensifier la vulnérabilité au sida en Guyane. A ce titre, les Brésiliens en situation de mobilité spatiale connaissant les aléas de la condition d'immigrés dans le département français n'ont pas toujours la possibilité de mettre en pratique leurs connaissances : soit parce qu'ils sont confrontés à des rapports de force les empêchant de se prémunir (dans les relations de prostitution, en fonction du contexte des rencontres, etc.), soit parce qu'ils doivent affronter un faisceau de circonstances sociales et économiques difficilement conciliables avec une pratique régulière de prévention (fréquentation d'un milieu violent, usage de stupéfiants et d'alcool, isolement affectif, précarité des conditions de vie), soit

encore parce qu'ils ne savent pas comment justifier aux yeux de leur partenaire l'utilisation du préservatif (crainte de rupture de la confiance, suspicion, priorité donnée à la mise en place d'une stratégie de conquête du partenaire, etc.).

Deuxièmement, la condition de clandestinité est vécue comme une perte d'identité, un refus de la reconnaissance de soi par les autres. Elle fragilise énormément les individus, et ce d'autant plus que la plupart de ces hommes et de ces femmes vivent isolés et séparés les uns des autres. Le rapport à la clandestinité est aussi fonction du lieu. Nous allons voir que la clandestinité en forêt expérimentée par les chercheurs d'or ne crée pas un terreau similaire favorable à l'éclosion d'une certaine vulnérabilité psychologique : là, tout le monde est logé à la même enseigne et les orpailleurs se sentent plus forts devant l'épreuve. Ils ne fréquentent pas la population guyanaise, n'ont aucune volonté de s'établir en Guyane et ne connaissent pas les mêmes préoccupations que leurs compatriotes du littoral. Par contre, une personne éprouvant les affres de la clandestinité est sensible au regard des autres ainsi qu'aux représentations portées sur lui. Témoin en est le discours incessant que la plupart des personnes sans papiers brandissent, à la façon d'un leitmotiv, pour se revaloriser auprès des Guyanais : discours à partir de mots forts évoquant leur honnêteté et leur caractère laborieux, mais aussi discours à partir du corps où les mains rugueuses assorties de la visibilité d'un physique en bonne santé constituent les passeports indispensables pour une insertion dans le monde du travail et/ou de la séduction. En de telles circonstances, comment penser le sida ? Et puis d'abord, est-il pensable ? Oublier de l'évoquer ne revient-il pas à s'en distancier socialement et symboliquement ? Ainsi que répondait un homme rencontré en ville avec qui nous essayions d'orienter la discussion sur les risques perçus à l'égard du VIH : « *en tant qu'étrangers, on a suffisamment de problèmes à gérer comme ça, alors on n'a pas envie de se mettre dans la tête de nouvelles inquiétudes* ».

Les Brésiliens clandestins de l'intérieur

Toute étude qui s'intéresse aux flux brésiliens en direction de l'orpaillage et des professions parallèles que l'on retrouve sur les placers ne peut faire l'économie de la façon dont est vécue cette autre forme de clandestinité et de la dureté du travail. Cette population essentiellement non régularisée représente une proportion importante des Brésiliens en Guyane. Elle est estimée au bas mot entre 5000 et 10000 personnes selon les époques, les saisons et les sources d'informations contradictoires (police, instituts de recherche, consulat, etc.). La vulnérabilité de ces Brésiliens clandestins travaillant en forêt au regard de l'infection au VIH va être mise à l'épreuve à partir de deux espaces géographiques précis : Maripasoula et Ipoussin (voir figure). Le choix de ces deux endroits s'explique par le rôle de l'or dans la dynamique de l'immigration et par l'organisation différentielle de son exploitation sur le territoire guyanais.

L'objectif économique que se sont assignés les migrants induit en lui-même des facteurs de vulnérabilité. Il s'agit de tenir bon et à tout prix pour ramener un pécule à la famille. Le milieu orpailleur ne ressemble à aucune autre activité, bien qu'on utilise pour la décrire des termes courants et mal adaptés tels que chantiers, ouvriers, etc. Il convient de rappeler ici le caractère informel de l'activité aurifère telle qu'elle est pratiquée en certains points de Guyane et l'engrenage dans lequel sont impliqués les migrants. L'exploitation aurifère est de plusieurs types en Guyane. Le plus représenté est l'orpaillage ou exploitation artisanale qui a souvent un caractère illégal (Mouillot, 2001) Pour obtenir un Permis d'Exploitation (PEX) il faut avoir l'autorisation de la Commission des mines qui statue sur un dossier constitué par le demandeur, composé de pièces administratives, environnementales, géologiques, etc. qui décrivent le site et prévoient les conditions de l'exploitation. S'il faut reconnaître que certains Brésiliens se sont bien débrouillés, sont devenus patrons et ont parfaitement compris le système, beaucoup d'autres ayant généralement un bas niveau scolaire, ne parlant pas français et ne disposant pas des moyens techniques et financiers, éprouvent des difficultés à réaliser le dossier et passent outre. Dans ces conditions, il est plus facile de réunir ou rejoindre d'autres clandestins déjà installés, de tenter la chance loin des administrations et des représentants de l'État, en dépit de l'appréhension d'une arrestation probable. La situation personnelle et

professionnelle est donc largement irrégulière. Les plus chanceux sont embauchés par des patrons propriétaires de PEX légaux, qui peuvent ainsi leur assurer une carte de travail. Pour la grande majorité des autres, les conditions de double irrégularité amènent la plupart de ces personnes à vivre de manière cachée, situation renforcée par les conditions naturelles et l'éloignement des zones aurifères (des centres politiques, sociaux, sanitaires, etc.).

Le mythe de l'or charrie encore son lot de représentations. La vie sur les sites est rude d'un point de vue physique et psychologique. L'isolement domine sur une plus ou moins longue durée, le temps de l'exploitation allant de quelques semaines, quelques mois à une année. Les chantiers ont un fonctionnement autarcique. Les ravitaillements de nourriture s'organisent différemment selon la localisation du site. Dans la région de Maripasoula, certains chefs de chantiers peuvent faire des allers-retours en quad entre le bourg et leur chantier pour acheter du riz, de l'huile et de la *farofa*. La viande est chassée, tandis que les haricots, le piment, les légumes poussent sur le site entre deux excavations. Pour les autres chantiers, le ravitaillement se fait par hélicoptère ou par pirogues, au rythme des livraisons de gasoil. A Ipoussin, les commerces fournissent un peu d'alimentation sèche et en conserves mais ne sont pas alimentés par les équipes de chercheurs d'or qui en sont tributaires.

Les sites de Maripassoula et d'Ipoussin

Les deux espaces présentent des caractéristiques communes mais se distinguent par leur localisation, la composition de leur population et leur fonctionnement. Deux séjours dans ces sites d'orpaillage alluvionnaire se déroulèrent au cours de l'année 2002 et les informations rapportées proviennent des enquêtes effectuées par Réjane Mouillot au cours de ces passages. L' accessibilité est réduite, on y parvient uniquement par voie pédestre, fluviale ou aérienne (par hélicoptère en ce qui concerne Ipoussin[50]). Cette difficulté d'accès est renforcée par le climat qui rend les contacts et les déplacements encore plus hasardeux. Le niveau des criques baisse largement pendant la saison sèche entre septembre et janvier, réduisant ainsi le transport fluvial. Au contraire, la saison des pluies rend les terrains extrêmement boueux et la visibilité au niveau des pistes d'atterrissage est souvent nulle. Cette situation d'isolement maintient ces secteurs loin des administrations politiques et économiques situées sur le littoral, laissant se développer des espaces de non-droits aux localisations mouvantes.

1) La crique Ipoussin

Cet espace reprend le nom de la crique principale autour de laquelle se fait l'exploitation. La crique est un affluent du fleuve Approuague, situé à l'est de la Guyane, sur la commune de Regina. Actuellement la crique est fouillée clandestinement sur une vingtaine de kilomètres. L'exploitation s'étend du fleuve Approuague jusqu'à la réserve des Nourragues, qui commence aussi à être concernée. Cet espace appartient à une compagnie minière guyanaise (Compagnie d'Exploitation Minière Crique Ipoussin) qui l'a déjà exploité mais n'est plus présente sur le terrain. Des Brésiliens clandestins ont investi les lieux et travaillent sur le bord des anciens baranques ainsi que sur le flanc des collines, avec des moyens très réduits et un minimum de matériel, ce qui leur permet de se déplacer souvent et facilement, en cas d'épuisement du filon ou de coup de filet des forces de l'ordre. Actuellement, on considère (selon différentes sources telles la gendarmerie, l'hôpital de Cayenne, d'autres orpailleurs) que les clandestins, tous Brésiliens, sont près de 1500 sur la zone, répartis entre 1250 hommes et 250 femmes. Ce chiffre important, confirmé par un déplacement sur le terrain, nécessite une organisation et une logistique efficace. Une zone de commerce a été installée et permet aux orpailleurs d'acheter les denrées de base. Le « village spontané » est constitué d'une quarantaine de baraques faites d'armature en bois recouvert de bâches en plastiques, construites sur le même principe que les abris provisoires des chantiers classiques d'orpaillage. Les bars/épiceries sont

[50] Bien que certains Brésiliens arrivent par la forêt depuis la frontière.

ravitaillés par des produits uniquement brésiliens (nourriture, alcool, médicaments, matériels d'orpaillage) qui arrivent en pirogue par l'Approuague (via Saint-Georges et Regina).

L'arrivée dans la zone dite « éco-hotel » d'Ipoussin s'effectue en pirogue par la crique Ipoussin, en venant l'Approuague mais certains le font à pied. L'espace est dénudé car les baraquements sont construits sur une zone anciennement exploitée, composée de boue et de gravier. La journée, les lieux sont peu fréquentés. La plupart des personnes présentes sont des femmes qui tiennent les commerces et/ou attendent des clients potentiels. Quelques hommes errent dans les boutiques, en attente de matériel, d'embauche ou de la reprise d'activité de leur équipe. La zone d'habitat est légèrement éloignée des espaces exploités : il faut environ 15 minutes de marche pour rejoindre la première exploitation. Un sentiment d'inactivité règne pendant la journée ; les filles se réveillent tard et la plupart des animations commerciales (vente et prostitution) se déroulent la nuit. Nous visitons plusieurs de ces baraquements à la recherche d'une femme à la réputation établie et qui semble jouer le rôle de doyenne de la zone. Son bar est situé à l'extrémité du village, elle possède un congélateur, une télévision (avec une antenne satellite), on aperçoit aussi de grosses enceintes. Très accueillante, elle nous offre des bières fraîches et accepte de discuter sur sa vie ici et sur les filles qui travaillent dans son tripot. Elle reste accompagnée d'un homme de main tout le temps de la discussion. Le commerce familial paraît éminemment lucratif car son fils et sa belle fille travaillent également sur Ipoussin.

Il n'y a pas de véritable « famille » sur la zone car les Brésiliens s'y installent très provisoirement. Ils se regroupent cependant par connaissance, ou en fonction du lieu dont ils sont originaires, les plus anciens sur la zone détiennent un ascendant sur les nouveaux arrivants. Cette hiérarchie liée à l'ancienneté est extrêmement importante. Bien que certaines filles paraissent jeunes, il n'y a aucun enfant. Notre présence intrigue de nombreuses personnes s'interrogeant sur la raison de notre venue. Alberto qui m'accompagne, orpailleur lui aussi, reconnaît des ouvriers de son exploitation ainsi que des femmes qui travaillaient à Saint-Elie, ancienne zone d'orpaillage prospère, aujourd'hui en perte de vitesse. Très vite, les filles avec qui l'on s'attarde pour discuter dévient le sujet sur les évènements récents qui ont animé la zone, en particulier une rixe mortel ayant opposé un Brésilien à un orpailleur suisse descendu à Ipoussin pour se divertir. La journée, le temps semble s'écouler lentement, scandé par l'arrivée des pirogues qui transportent des humains et des marchandises et par le départ des hommes et des femmes vers les exploitations, à pied, portant sur le dos des charges allant jusqu'à 60 kg (poids d'un jerrican d'essence). L'agitation commence après l'arrêt des chantiers, à l'heure où se mettent en marche les groupes électrogènes pour les télévisions et la musique. Le sentier principal est jalonné de petits camps précaires qui sont tous occupés par une dizaine de personnes. Le chemin est très emprunté par de nombreux ouvriers mais aussi par des femmes qui colportent leurs charmes ou des marchandises, depuis les hamacs multicolores aux produits de beauté.

On ressent à propos d'Ipoussin un mélange d'ennui et d'ébullition. Beaucoup de personnes vaquent inoccupées. Pourtant de nombreux chantiers sont en activité, certains travaillant même la nuit. La zone bien qu'aménagée provisoirement et chichement offre de larges possibilités de divertissement aux orpailleurs. Sa réputation dépasse les frontières et certains Brésiliens arrivent en Guyane pour rejoindre directement Ipoussin. Contre toute attente, la prostitution et le trafic de marchandises sont plus lucratifs que l'orpaillage en soi. Dans cet univers assez équivoque d'illégalité, de violence et de festivité, les personnes restent pourtant accueillantes, souriantes et détendues comme si toutes ces activités se conformaient à une normalité qui est celle du monde de la forêt. La création de cette zone, curieusement appelée éco-hôtel, a donc permis le développement d'une prostitution importante. Dans chaque baraquement, on trouve quelques produits en vente et des filles qui y travaillent. Les prostituées sont très nombreuses, entre 150 et 250 et, d'une façon générale, ne sont pas statiques. Elles se déplacent de chantiers en chantiers. Il va de soi que toutes les femmes ne vivent pas de la prostitution car chaque site recrute au moins une cuisinière. Comme au Brésil (Rodrigues, 1994), d'autres activités féminines dominent sur les placers : tenancières, laveuses, commerçantes, guérisseuses, etc. D'autres encore sont les compagnes des chercheurs d'or et ne se considèrent pas

comme des prostituées. Quoiqu'il en soit, l'activité liée au sexe est de loin la plus lucrative, surtout pour celles qui travaillent en indépendantes et ne versent rien à un patron de bar. Le temps de séjour des femmes et des orpailleurs est assez court sur Ipoussin car les conditions de vie sont extrêmement éreintantes et le cadre de vie insalubre : les moustiques pullulent et l'environnement est marécageux en permanence car le village et les chantiers sont installés sur d'anciens terrains exploités donc mis à nu. Par ailleurs, l'isolement du reste de la Guyane et du Brésil a des effets dépréciatifs sur le moral des travailleurs.

En cas de problème de santé, il est difficile de repartir de la zone d'orpaillage car elle se situe sur une crique reculée. Depuis Ipoussin, il faut plusieurs heures de pirogue pour rejoindre Regina après avoir marché quelques heures dans la vase et en forêt. La difficulté d'accès repose aussi sur le fait que les clandestins évitent le contact direct avec les Français qui représentent symboliquement l'ordre et les institutions. Cependant ils n'hésitent pas à appeler l'hélicoptère du SAMU de Cayenne en cas d'urgence. Lors de mon séjour sur place, les gendarmes ne s'étaient jamais déplacés pour régulariser la situation, mais une intervention d'envergure a été menée 15 jours plus tard (mars 2002). Selon la presse locale, peu de Brésiliens ont été interpellés sur le site, car ils ont eu le temps de fuir ou de se dissimuler dans la forêt, environnement qu'ils pratiquent plus aisément que les escadrons du gouvernement[51].

2) *Maripasoula*

Située au sud-ouest de la Guyane, la commune de Maripasoula est la plus étendue de France. Elle recouvre plus de 18 000 km^2 de forêt dense et reste peu peuplée, avec une densité moyenne de 0,2 hab./km^2. La commune est délimitée du côté occidental par le Maroni qui forme la frontière avec le Surinam et au sud par la ligne de partage des eaux entre les rivières Litani, Tampok et Marouini qui séparent la Guyane du Brésil. La commune connaît aussi une frontière interne, en amont du village d'Antécume-Pata : c'est une zone à accès réglementée censée empêcher les personnes non autorisées par le préfet de pénétrer le territoire des amérindiens Wayanas. Ce qui n'empêche pas l'incursion ponctuelle des orpailleurs. Aux confins sud de la Guyane, Maripasoula est isolée des pôles administratifs et politiques du littoral. La liaison entre le littoral et le bourg de Maripasoula s'effectue par avion depuis Cayenne (1 heure de vol) ou par pirogue depuis Saint-Laurent (deux jours de trajet). Le Maroni est ainsi la principale voie de communication de la commune, secondée par quelques criques peu praticables durant la saison sèche. Cette configuration favorise la répartition de la population le long du fleuve, notamment dans le bourg de Maripasoula qui rassemble plus de 2000 personnes et constitue le point névralgique pour les rencontres interpersonnelles et les temps forts de sociabilité.

Depuis la création de la commune en 1946 au moment de la départementalisation de la Guyane, l'accroissement démographique a été considérable grâce à l'arrivée de migrants des pays voisins et des Antilles. Dans les années 1980, Maripasoula était un petit bourg paisible constitué d'une population créole, bushinengué[52], et de descendants de Sainte-Lucie. L'origine de la présence des Saint-Luciens en Guyane date de la première ruée vers l'or au début du siècle qui attira de nombreux migrants antillais. Située sur une zone à fort potentiel aurifère, Maripasoula profite pleinement de la conjoncture du renouveau aurifère des années 80. La population du bourg s'est rapidement multiplié en cinq ans, alimentée par un fort courant migratoire dont les acteurs sont en grande partie natifs du Brésil. Cet essor démographique et économique récent a largement modifié l'organisation de la commune. Son nouveau rôle de pôle administratif, économique et sanitaire du Haut-Maroni s'est accentué. La population est jeune et pluriethnique. En effet, les nouveaux migrants attirés par l'or sont

[51] Une opération de grande envergure fut menée après et conduisit à la désertion du site accompagnée de la destruction du matériel laissé sur place.
[52] Les communautés bushinengés sont les descendants des esclaves néerlandais qui se sont enfuis et réfugiés dans la forêt de Guyane au XVIIIème siècle.

essentiellement originaires du Brésil et dans une moindre mesure du Surinam. La population de Maripasoula est aussi composée de métropolitains, de créoles, de Bushinengués, , de Surinamais, de Guyaniens, d'Haïtiens et de Dominicains. On estime la composition de la population comme suit : les Alukus représentent environ 54%, les Amérindiens 20%, les Brésiliens 12%, les Créoles 8% et les autres communautés bushinenguées 6% (Orru, 2001).

Cette mixité dominante de la population suscite de fortes tensions entre les différentes communautés depuis la reprise de l'exploitation aurifère. Pour les habitants du village, les étrangers arrivés à Maripasoula pour travailler dans l'orpaillage sont la cause de tous les maux : violence, prostitution, vols, dégradation des infrastructures… On a périodiquement assisté ces dernières années à des conflits entre les deux communautés les plus importantes que sont les Brésiliens et les Alukus. Ces conflits sont accentués par les différents statuts de ces communautés. Les Alukus sont propriétaires et chefs de chantiers des sites aurifères tandis que les Brésiliens restent de simples ouvriers en situation irrégulière. De nos jours, en dépit d'une ambiance western endémique, la situation semble être plus calme que dans le passé. Les sites aurifères se sont déplacés plus au sud en territoire Amérindien. Les tensions s'évacuent avec la distance et restent moins vives quoique toujours prêtes à resurgir. Cependant chaque communauté demeure dans un domaine d'activité précis et c'est probablement ce peu d'interférence qui réduit les dynamiques conflictuelles. Les Bushingués contrôlent le commerce sur longue distance et monopolisent le transport fluvial. Les Amérindiens pratiquent aussi un peu de commerce, tandis que les métros occupent les postes dans l'éducation, la santé et l'armée. Les Brésiliens sont ouvriers orpailleurs - rarement patrons - et restaurateurs. Les luttes d'intérêts se cristallisent souvent en conflits ethniques, au sein desquels les Brésiliens conservent une position marginale et fortement défavorisée.

Qui sont les Brésiliens de Maripasoula ? D'où viennent ces migrants ? Comment et pourquoi ont-ils choisi Maripasoula ? La ville occupe une place particulière car sa position géographique la rapproche fortement du Surinam. Une ligne d'avion de la Surinam-Airway existe entre Paramaribo la capitale et Benzdorp, le bourg en face de Maripasoula. Beaucoup de Brésiliens arrivent à Maripasoula par la voie aérienne, au départ de Belém, via Paramaribo puis directement à Benzdorp. Ce passage offre de nombreux avantages. Les Brésiliens n'ont pas besoin de visa pour rentrer au Surinam, ce qui n'est pas le cas pour un séjour en France. Il n'existe pas de contrôles douaniers à l'arrivée de Maripasoula et le transfert depuis le Surinam s'effectue en pirogues privées. La plupart des Brésiliens empruntent donc cette voie d'accès qui évite toute procédure. Le deuxième itinéraire passe par Cayenne, où les Brésiliens rejoignent ensuite Maripasoula par avion ou par pirogue sur le Maroni. Ce dernier itinéraire est emprunté par les Brésiliens qui possèdent une carte de séjour et font des allers-retours fréquents entre la Guyane et le Brésil. Un certain nombre de migrants arrivent aussi par la voie terrestre en traversant la forêt guyanaise d'est en ouest. Il existe en effet un bourg brésilien en face de Camopi (sur la rive de l'Oyapoque) dénommé Vila Brasil, situé à la confluence de la grande zone d'orpaillage de Sikini, qui sert de porte d'entrée et de lieu d'échange entre la Guyane et le Brésil. Il faut toutefois reconnaître que cet itinéraire passant par Saül au centre du département est réservé aux plus téméraires.

La communauté brésilienne de Maripasoula forme un ensemble soudé. Par le biais de la culture brésilienne et surtout de la langue, des activités économiques et des sectes religieuses[53], les Brésiliens de Maripasoula constituent une communauté homogène où l'entraide, face au danger existant, est manifestement plus visible qu'à Cayenne ou Kourou. Cette homogénéité se traduit dans un premier temps par le regroupement de l'habitat brésilien. La plupart des immigrés réside surtout au centre du bourg dans des petites baraques en bois. Leurs habitations sont précaires et s'étalent le long de la rue

[53] En Guyane les mouvements religieux pentecôtistes jouent en effet un rôle crucial dans l'insertion des migrants et leur facilitent, le cas échéant, la circulation sur le territoire. Tout endroit qui détient une Église de la même branche constitue le maillon d'une chaîne que facilite l'entraide et les appuis nécessaires en cas de problèmes

principale. Cette localisation et ce rapprochement physique permettent aux personnes installées depuis longtemps de louer des chambres aux nouveaux venus et de leur faire profiter des tuyaux sur les gains possibles. D'autre part, la centralisation de l'espace de vie facilite le recueil d'informations sur les allées et venues, ainsi que sur l'embauche possible dans les chantiers alentours. Pour les femmes de passage, c'est aussi un moyen de se faire remarquer et de proposer leurs charmes.

Il n'en reste pas moins que la plupart des Brésiliens présents sur la commune de Maripasoula reste invisible. Il est très difficile d'évaluer l'importance de cette population, toutefois des contrôles aériens réalisés par l'ONF ont permis d'évaluer la taille des terrains exploités et en conséquence le nombre d'ouvriers. Ces centaines d'ouvriers – au bas mot - sont employés sur des chantiers éloignés localisés au sud de la zone à accès réglementé ainsi qu'à l'est du fleuve à plusieurs jours de pirogue. Certains besognent sur des sites officiels mais la plupart sont clandestins. Quelques-uns disposent du matériel minimum nécessaire à une petite exploitation et travaillent en petits groupes isolés. Ces hommes passent rarement dans le bourg de Maripasoula et n'ont aucun contact avec les autorités guyanaises. Mais une fois encore, les plus petites exploitations très mobiles sont incontrôlables. Qui plus est, comme les patrouilles de la brigade Nature de l'ONF ne survolent que les terrains officiellement exploités, la grande majorité des migrants brésiliens clandestins demeurent inconnus aux yeux des autorités administratives, sanitaires et politiques. Cette population ne dispose d'aucune existence officielle.

Immigration et santé dans la forêt guyanaise

Depuis la création des communes de l'intérieur en 1946, le système de soin guyanais fonctionne de deux façons distinctes avec une offre de soins moderne sur le littoral et un réseau de dispensaires aux équipements plus modestes mais censés être adaptés au reste du territoire. Ces dispensaires avaient pour vocation « *de répondre aux besoins dans des régions où les conditions normales d'exercice de la médecine sont absentes*[54]. Depuis 1986, les communes de la côte bénéficient d'une offre publique et privée de soins, de cabinets de spécialistes, bref d'une organisation équivalente à celle de la métropole, tandis que les communes isolées sont dotées de dispensaires et de postes de santé qui répondent uniquement aux premiers besoins sanitaires (Bourgarel, 1994 ; Orru, 2001). Ces structures de santé des communes de l'intérieur sont au nombre de 21 : 9 centres de santé (ou dispensaires) destinés chacun à une population comprise entre 600 et 5 000 personnes et 12 postes de santé qui desservent des populations inférieures à 600 personnes (voire figure). Ils sont gratuits, disposent d'une pharmacie et restent ouverts à tous : normalement aucun papier d'identité n'est demandé, cependant le médecin responsable du centre de santé détient une marge de manœuvre. Cette gratuité est louable mais ne suscite pas que des effets bénéfiques dans les représentations populaires. De nombreuses acteurs de santé travaillant dans ces centres remarquent le peu de considérations des populations locales pour un diagnostic ou un traitement gratuit, comme si la valeur du soin correspondait à son prix. De plus, la revente illicite des médicaments délivrés gratuitement par l'hôpital de Cayenne dans chaque centre est courante, pour ne pas dire fréquente en certains lieux.

Un certain nombre de dysfonctionnement obscurcit l'accès des patients aux centres de santé. Le premier aléa est lié à l'irrégularité de l'acheminement des médicaments et au manque de personnel. Le second tient au fait que l'accroissement démographique de certaines communes est insuffisamment prise en compte. Les centres de santé des communes accueillant les migrants deviennent rapidement débordés car les populations clandestines ne sont pas incluses pour l'évaluation des quotas de matériels, des besoins en médicaments et de ressources humaines nécessaires. En ce qui concerne le sida et les MST, les moyens mis en œuvre sur place sont insignifiants et le personnel n'est pas formé pour le conseil, le dépistage, la prise en charge. Il n'existe pas de CDAG[55] et, du coup, les médecins ne peuvent pas assurer le suivi des patients qui sont envoyés à l'hôpital de Saint-Laurent ou au CHAR de

[54] Rapport au sénat, juillet 1999, délégation chargée d'étudier la situation sanitaire et sociale en Guyane.
[55] Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

Cayenne. Sans compter que les conditions locales de travail les empêchent d'effectuer une surveillance épidémiologique, un suivi régulier de la population ainsi qu'une relation durable avec leurs patients.

La prise en considération de Maripasoula et d'Ipoussin dans le système de soin guyanais

Les deux espaces qui nous servent d'exemples diffèrent dans leur rapport au système de santé guyanais. Maripasoula dispose d'un centre de santé fréquenté de manière courante par les Brésiliens. Le suivi des patients reste ardu du fait du turn-over et des va-et-vient des Brésiliens. Le centre de santé est composé en théorie de 11 professionnels de santé mais lors de notre séjour 4 postes n'étaient pas pourvus. La structure sanitaire est prévue pour une circonscription de plus de 25 000 km^2 où résident officiellement 5000 personnes. Le chiffre double suivant les saisons. Les évacuations sanitaires (EVASAN) sont effectuées à partir du centre du bourg. L'arrivée de nouveaux migrants ainsi que le fort taux d'accroissement naturel font augmenter la population et les besoins sanitaires, ce qui déstabilise et affaibli une structure préalablement fragilisée.

À Ipoussin, il n'existe pas de centre de santé. Seules les boutiques vendent au prix fort des médicaments originaires du Brésil. Le centre le plus proche est celui de Regina mais peu d'orpailleurs s'y rendent. En effet, le personnel du centre demanderait aux patients de présenter leurs papiers, ce qui a pour conséquence directe de limiter drastiquement le nombre de consultations. En cas d'urgence, les Brésiliens utilisent la radio pour appeler l'hôpital. Le Service Médical d'Urgence et de Réanimation (SMUR) de Cayenne est appelé au moins une fois par semaine sur le site pour des motifs estimés plus ou moins graves. Récemment, des fiches d'évacuation sanitaires ont été conçues par l'hôpital, écrites en portugais. Elles doivent permettre aux orpailleurs de décrire précisément la nature du problème sanitaire pour que les déplacements héliportés soient justifiés.

En fait, la plupart des personnes présentes sur Ipoussin attendent de retourner au Brésil pour se faire soigner. Sur place, c'est l'automédication. Un revendeur local propose à la sauvette des médicaments brésiliens. Les médicaments les plus recherchés sont les remèdes contre le paludisme. Ensuite viennent les fortifiants, les pilules contre les maux de tête et de ventre. Nul ne sait leur impact réel sur la santé, leur composition et leur divergence avec un traitement prescrit. Mais dans la représentation véhiculée par les Brésiliens, le médicament importé est réputé fort, efficace et sans danger particulier, justement car il provient du pays et que le corps y est habitué. Notons que la préférence envers les remèdes de chez soi ne se restreint pas au milieu des *garimpeiros* et plusieurs lieux de revente de médicaments brésiliens existent à Cayenne.

Les centres de prévention, une action complémentaire ?

Les centres de santé sont complétés par des centres de prévention gérés par le département depuis le 1er janvier 2000 « *dans une logique de continuité avec les autres services départementaux de santé* » (Orru, 2000). Leur rôle est d'alléger le taux de fréquentation des centres en pratiquant les vaccins, les déplacements dans les villages éloignés des structures sanitaires et en effectuant des animations et des actions de prévention, notamment sur le sida. Ils doivent aussi mettre à la disposition de la population une information sur les pathologies les plus courantes et les moyens de les éviter. Ils sont censés, entre autres, tenir à disposition de la population des préservatifs.

Maripasoula possède un centre de prévention aux activités très variées. Il fait office de PMI, de planning familial, de lieu de vaccination. Il est aussi chargé d'organiser des actions de prophylaxie sur les MST, les drogues, les pathologies tropicales. Il est composé d'un médecin, d'un aide-soignant et d'une infirmière. Depuis un an, une tentative de mise en place de CDAG a commencé. Cette initiative a été longtemps contrariée par les problèmes de liaisons aériennes avec Cayenne qui ne permettaient

pas de traiter les analyses assez rapidement. Cet exemple de dépendance envers le centre de référence localisé sur la côte nous ramène à l'isolement du bourg et aux difficultés de fonctionnement qui y sont liées. Depuis peu, avec le retour des liaisons quotidiennes d'Air-Guyane, le CDAG est remis en service. Tous les jours de 7h00 à 9h00, la population de Maripasoula peut se faire dépister ou prendre rendez-vous, mais cette initiative préventive suscite des difficultés de mise en place liées à la question du respect de l'anonymat. Maripasoula est un petit bourg où tout le monde se connaît, et le nombre d'inactifs est important. Une consultation au centre de prévention, situé devant le débarcadère principal, ne passe pas inaperçue. Le dépistage anonyme et gratuit n'est donc pas totalement opérationnel à Maripasoula et les personnes atteintes sont la plupart du temps dépistées au stade sida suite à une maladie opportuniste, ce qui signifie retard d'identification, accès différé aux structures de soins. Le problème de la confidentialité se retrouve également dans l'accès aux préservatifs. Le centre de prévention est le seul point de distribution gratuite, mais la proximité freine paradoxalement certaines personnes à venir se servir en raison du tabou qui pèse sur l'utilisation de la capote. Seules les prostituées se déplacent ouvertement pour en demander, quand aucun problème d'approvisionnement ne vient entraver la distribution.

Sur la zone Ipoussin dont l'existence est - rappelons-le – virtuelle aux yeux des autorités, il n'y a aucun centre de prévention ni d'action éducative. Aucune campagne de distribution de capotes n'a jamais eu lieu. On trouve tout de même des préservatifs aux senteurs enivrantes et importés du Brésil à un prix exorbitant (3 euros, la pièce). La plupart des hommes prétendent vaguement utiliser des préservatifs. Si l'information mérite d'être prouvée, elle suppose au moins une sensibilisation qui passe par le biais de la télévision brésilienne et les spots informatifs intercalés dans les feuilletons du soir. Toutefois, les femmes contredisent vivement l'affirmation : les hommes sont durs à convaincre, la prise d'alcool contribuant à la forte réticence.

Migrants, sida et MST

L'attachement des Brésiliens à leur pays, même après plusieurs années d'absence, est à prendre en compte dans les actions de prévention et dans l'étude des risques d'exposition à l'infection au VIH. En premier lieu, son effet bénéfique réside dans le continuum avec le pays d'origine, ne serait-ce que par le biais des médias où sont largement diffusées les campagnes de prévention contre le sida, ayant par ailleurs le mérite d'être beaucoup plus claires que celles réalisées en Guyane. Une autre conséquence, négative cette fois-ci, est la tendance reconnue des Brésiliens à préférer se faire soigner au pays, lors des fréquents retours. L'accès différé aux structures sanitaires renvoie à la question du dépistage tardif de la séropositivité et par conséquent au retard dans le suivi et les soins. Bien qu'une objection s'impose. Cette préférence n'est pas à prendre au pied de la lettre car ce sont plutôt les difficultés rencontrées sur place, les discriminations ressenties, les hésitations à s'afficher publiquement dans un centre de santé publique guyanais *en tant que clandestin* et où personne ne parle (ou ne veut parler) brésilien qui les incite à remettre à plus tard le recours aux services modernes de santé.

D'autres risques sanitaires revêtent une attention plus soutenue que les MST et le sida. Souvent, la conscience d'un autre danger immédiat augmente la prise de précautions envers certaines pathologies au détriment des maladies invisibles comme le sida dans sa phase asymptomatique. Les personnes dans les zones d'orpaillage sont ainsi inquiétées par d'autres maladies qui paraissent plus flagrantes que l'infection par le VIH. La fièvre jaune, le paludisme, la leishmaniose et autres fièvres récurrentes constituent des risques bien réels pour les orpailleurs car ce sont des maladies immobilisantes, donc plus dérangeantes. Pour l'année 2000, 442 nouveaux cas de paludisme ont été déclarés à Maripasoula et 39 à Regina pour des populations respectives de 2863 et 766 personnes. Bien entendu, ces nouveaux cas ne concernent que les personnes qui se rendent dans les centres de santé. Ce qui laisse supputer le peu de traitement officiel de la pathologie. Les conditions de vie dans la forêt exposent également les orpailleurs clandestins à des risques environnementaux : peu d'entre eux dorment sous des

moustiquaires, l'humidité est constante et l'alimentation est souvent mauvaise et insuffisante en terme d'apport calorifique. Par ailleurs, l'eau courante n'existe pas sur les sites. L'eau de boisson se restreint à de l'eau de pluie recueillie dans des bidons en plastique ou des gamelles de fortune. Les infections digestives sont très fréquentes. Il n'y a pas de latrines, et tout le monde se lave dans les criques. Enfin, le climat d'insécurité qui règne sur les sites et dans le milieu orpailleur surenchérit les problèmes sanitaires. Les règlements de comptes, les accidents de travail sont courants et se traduisent par de nombreux coups et blessures, parfois fatals.

Le risque d'infection au VIH apparaît donc en fin de liste des priorités sanitaires et vitales du monde de l'orpaillage. Non par indifférence mais par souci de maintenir avant tout le fragile équilibre entre un environnement difficile et le maintien d'une santé *apparente* mais nécessaire à l'accomplissement des tâches quotidiennes. L'éloignement physique, familial et culturel (en dehors des programmes de prévention TV) ainsi que l'insuffisance du réseau santé intérieur accentue la vulnérabilité au VIH. Reconnaissons la nécessité d'aller plus loin : l'attitude face aux structures de soins et de prévention, la fréquence des consultations, le détail précis des circonstances et de l'ampleur des pathologies contractées pourraient servir à mieux comprendre les relations réelles et symboliques de ladite population envers les risques d'exposition au VIH.

Prostitution et orpailleurs : deux facettes d'un même univers social ?

Sur le littoral la multiplication des partenaires, les pratiques sexuelles à risque et la marginalisation des prostituées conduisent à une forte exposition au risque d'infection par le VIH, bien qu'il soit difficile d'estimer le nombre de personnes concernées. Les prostituées et leurs clients sont face à des risques similaires. Cependant aucune étude épidémiologique brésilienne ou française ne vient confirmer cette hypothèse de la forte prévalence de la séropositivité des prostituées, tandis que d'autres travaux montrent que les prostituées professionnelles représentent un ensemble de personnes plus averties que les autres et se protègent de façon plus systématique. En l'absence de données, il convient donc de rester prudent et de ne pas adhérer à des idées toutes faites, imposées sans aucune vérification scientifique. Deux études ont prouvé que les prostituées qui sont essentiellement des femmes immigrées en Guyane sont les personnes qui utilisent en moyenne le plus fréquemment un moyen de protection. L'enquête ACSF (Giraud, 1997) et la thèse de Laurence Mathé (1999) affirment qu'elles constituent un des groupes les mieux sensibilisés et les plus enclins à se prémunir. La situation dans les zones isolées de Guyane est relativement différente et diversifiée, car l'accessibilité des préservatifs est remise en cause, le contexte de la prostitution n'est pas le même et le type de dynamiques sociales varie d'un endroit à l'autre (rapport de force exacerbé, alcoolisme, inégalités des rapports sociaux, possibilité de gagner plus d'argent sans le préservatif, « confiance » envers celui qui vient de son pays).

Toutes les femmes qui migrent en direction des zones d'orpaillage ne sont pas prostituées au départ, mais peuvent le devenir occasionnellement au cours de leurs pérégrinations, et ne le seront pas forcément au retour au Brésil. Comme les hommes, elles viennent seules en Guyane, dans le dessein d'amasser de l'argent afin de pouvoir s'offrir une meilleure vie au Brésil et d'aider leur famille (la plupart ont des enfants). La motivation qui les pousse se rendre en Guyane est liée à l'attrait de l'argent facile pour celles disposées à offrir leurs services sexuels : la passe est payée 5 grammes d'or. Or le cours du métal jaune étant de 10 euros le gramme, elles gagnent près de 50 euros par client, et s'enrichissent bien plus que les orpailleurs. Le nombre de prostituées par rapport au nombre d'orpailleur est impressionnant : selon les estimations, car aucun décompte exhaustif n'est possible, le rapport va de 1 pour 5 à 1 pour 10. La prostitution n'est pas une fatalité pour les femmes migrantes qui arrivent à Maripasoula ou Ipoussin, cependant les rares emplois destinés aux femmes les incitent à se tourner dans cette direction. Disons plutôt que les femmes qui tentent l'aventure acceptent au préalable de gagner de l'argent en vendant leur corps, à défaut de trouver mieux et à moins qu'elles ne trouvent

un compagnon qui les entretiendra, leur « donnera des cadeaux en or ». On trouve ainsi quelques Brésiliennes qui vivent d'expédients, mais la prostitution demeure une activité très lucrative dans ce contexte d'orpaillage où beaucoup de clients payent en nature, et surtout où beaucoup d'hommes demeurent isolés de longs mois en forêt.

Même si les conditions de travail restent compliquées à gérer, chacun sait qu'il y a de l'or sur les sites guyanais. Les ouvriers sont payés au pourcentage de la production, directement en or, après la levée[56]. Les échanges commerciaux se font donc en or à proximité des chantiers, que ce soit pour les moyens de transport, l'alcool, le matériel, l'essence… ou les femmes. Cette relative richesse a deux conséquences directes. Premièrement, les prix élevés de certaines marchandises et deuxièmement la création de flux de prostituées en direction des espaces aurifères à bon rendement. Seuls, sans divertissements, éloignés de leur famille, isolés pendant des mois, les orpailleurs constituent une clientèle facile… que les femmes savent s'attirer ! Des prostituées travaillent dans des lieux précis mais les plus débrouillardes se déplacent, seules ou en petits groupes, de chantiers en chantiers, ne restant jamais au-delà de quelques jours à quelques semaines dans le même placer.

Le bourg de Maripasoula en tant que pivot de la région est aussi un carrefour pour la prostitution. Pour rappel, les prostituées ne sont pas toutes Brésiliennes, on rencontre des Guyaniennes (Guyana), des Surinamaises et des Dominicaines qui se mélangent peu les unes les autres. Elles sont réparties dans quatre lieux principaux de prostitution situés dans le bourg. Les Brésiliennes et les Dominicaines se regroupent « chez Atica », où elles sont logées ainsi que « chez Madame Dédée » établissement qui possède aussi des chambres d'hôtel. Les autres se retrouvent « chez Bigga » et « Chez Tout-petit ». Ces lieux sont aussi des restaurants, des bars ou des petits commerces, mais ne possèdent pas de distributeurs de préservatifs. Cette accumulation de fonctions a plusieurs conséquences. Les prostituées sont intégrées à la population, une population au sein de laquelle tout le monde se connaît et se fréquente. Les connexions entre le personnel médical et les prostituées en sont facilitées, même si la confidentialité est mise à l'épreuve. Le samedi soir, tout le monde, médecins, infirmiers, instituteurs, prostituées, orpailleurs, gendarmes se retrouvent dans les bars pour se divertir et il arrive fréquemment que les prostituées profitent de ces moments pour entrer en contact, demander une faveur, solliciter un avis ou évoquer un problème au personnel médical : le contact passe plus inaperçu dans des lieux de convivialité que dans les centres dédiés à la gestion des questions de santé.

On retrouve ainsi chez la population brésilienne clandestine travaillant sur le littoral et à plus forte raison chez celle qui réside dans les zones d'orpaillage un certain nombre de facteurs favorables à l'exposition au VIH. Ces facteurs sont liés aux différentes modalités de la migration car les trajectoires spatiales s'effectuent dans des conditions pénibles, hasardeuses, peu sûres et avec la hantise de la reconduite. En second lieu, la précarité sociale, économique et affective de leur installation provisoire en Guyane est un facteur aggravant, pour ne pas dire déterminant. Notre observation s'est limitée à deux espaces précis qui ne peuvent être pris comme des modèles de référence que dans une certaine mesure. Ils n'en constituent pas moins de potentiels indicateurs révélateurs d'une situation généralisable. Les seules certitudes concernent d'une part les préjudices causés par l'isolement dans des espaces investis par certaines populations (avec le problème concomitant de l'accessibilité aux centres de santé), et d'autre part le dénigrement dont ces dernières sont victimes, que ce soit face aux autorités ou aux populations locales.

Après avoir décrit brièvement les dynamiques sociales qui concourent à la diffusion de l'épidémie, il nous reste maintenant à nous pencher sur les réponses institutionnelles des autorités guyanaises et des États de l'Amapá et du Pará tout en examinant les réactions des populations face au VIH. Des exemples précis tirés de nos carnets de terrain serviront d'illustration et montreront la complexité et l'enchevêtrement des facteurs qui contribuent à l'essor de l'épidémie et à la difficile gestion de la maladie par les migrants contaminés dans cette Région de l'Amazonie orientale

[56] C'est l'action de ramasser l'or, quand le « trou » a été complètement nettoyé.

TROISIEME PARTIE

LES RÉPONSES INSTITUTIONNELLES

ET POPULAIRES

Chapitre 9

Le débat public sur le sida
dans les confins amazoniens

(Frédéric Bourdier)

Le programme brésilien a généré une infrastructure colossale : une coordination nationale centralisée à Brasilia avec des ramifications dans chaque État (Chequer, 1992). L'accès universel et gratuit aux antirétroviraux est en place depuis 1996. Sans nous attarder sur l'évolution de la lutte contre le sida au niveau national largement débattue ailleurs (Bastos, 1995 ; Daniel et Parker, 1991 & 1993 ; Galvão, 1992 & 1995 ; Governo do Brasil 1992a & b, 1997, 1998a & b, Guimarães, 1992, Noronha, 1994 ; Parker, 1997a & b, Souza, 1994, Teixeira 1994 & 1997), nous allons envisager la façon dont les directives nationales s'appliquent dans le Nord amazonien. L'approche locale permet de mettre en évidence les atouts et les défaillances des structures locales, ainsi que les problèmes d'articulation surgissant entre les directives de Brasilia et les réalités sociales et culturelles particulières à contexte donné. Comme ce travail traite des liens entre migration et sida, on s'intéressera plus particulièrement à l'attention que les gouvernements locaux portent envers les personnes mobiles et aux difficultés que rencontrent les migrants à accéder aux campagnes de prévention et de soin. Les défaillances aussi bien que les efforts réalisés par les États du Nord pour flexibiliser leur politique de santé dans un contexte de mouvement intense des populations serviront de toile de fond à notre analyse.

Forces et bévues du programme antisida en Amazonie et en Guyane

La Guyane française et l'Amazonie brésilienne restent éloignées des centres de décision de Brasilia et Paris dont elles sont dépendantes pour l'acheminement des ressources financières. Elles disposent toutefois d'un grand degré de latitude dans organisation et le développement de leurs actions.

L'implantation de la lutte contre le sida en Amapá et dans le nord du Pará

Les États d'Amapá et du Pará ont été plus tardivement touchés par l'épidémie en comparaison aux États du Centre-Sud et du Sud. Contrairement au Pará, les responsables de santé en Amapá n'ont pas accordé toute l'attention nécessaire au sida jusqu'au milieu de la décennie 90. Les premiers cas recensés de personnes séropositives étaient considérés comme des cas marginalisés, atypiques et faisant exception à la règle. Il s'agissait d'individus ayant vécu en Guyane française ou originaire d'autres États, le plus souvent des personnes de passage, donc guère représentatives de la situation locale. On retrouve cette idée implicite que le chercheur d'or et le migrant en transit ne fait pas vraiment partie de la société où il transite et que par conséquent ses problèmes de santé ne s'insèrent

pas dans les préoccupations locales tant qu'ils ne réclament rien et restent en dehors des réseaux sociaux établis. La coordination MST/sida s'est constituée tardivement en raison d'autres priorités de santé publique telles le paludisme, la dengue, la maladie de Chagas, le suivi prénatal des femmes enceintes, la couverture de vaccination infantile et la fièvre jaune. Les actions contre le sida se limitaient à des campagnes préventives ponctuelles durant le carnaval et quelques autres journées au fort potentiel symbolique (jour des amoureux, journée mondiale du sida) où de grandes quantités de préservatifs étaient distribuées à une foule en liesse. Par contre, les incitations au dépistage et l'information (notamment à partir de 1996) sur l'existence de molécules ARV performantes restèrent quasi-inexistantes. En ce qui concerne la visibilité sociale de la prévention, très peu d'affiches en dehors de celles dans les centres de santé sont placardées dans la capitale et à fortiori dans le reste de l'État. En deux années de résidence à Macapá, un seul panneau a été identifié dans la rue alors que dans d'autres États, les posters informatifs visibles dans l'espace public (rue, mur, bus, bar, etc.) sont monnaie courante. Seules des émissions de radio et de télévision fournissent régulièrement des éléments d'avertissement face au danger que représente le sida. Mais ces moyens distanciés communication restent abstraits pour une grande partie de la population et ne peuvent aucunement se substituer à un travail préventif complémentaire de proximité.

Hormis le manque de personnel paramédical et médical endémique, une seconde complication tient à la complexité et au relatif illogisme du système administratif (non seulement dans la santé mais dans tous les autres domaines). Les postes vacants sont tardivement pourvus et les personnes employées par l'État bénéficient de la garantie de l'emploi mais pas de leur fonction. Cela revient à dire qu'il existe un système de rotation qui empêche les professionnels de santé de s'investir dans leurs tâches, et les fait hésiter à assumer toutes les responsabilités nécessaires, à recevoir les formations professionnelles proposées et à proposer des initiatives dans la mesure où ils ont pleinement conscience de la temporalité de leur rôle. D'une année sur l'autre, un infirmier comme un médecin peuvent, contre leur volonté, être mutés dans une autre localité et devoir assumer un travail complètement différent du précédent. Inversement, certains acteurs de santé perçoivent l'accès à un service comme un tremplin pour obtenir un poste plus prestigieux, une reconnaissance politique ou tout simplement une occupation moins prenante qui les autorisent parallèlement à travailler dans le secteur privé, obtenir double emploi dans le public, et ce dans des domaines d'intervention totalement opposés.

Le système de rotation dans le secteur de la santé génère donc des inconvénients majeurs pour le suivi des programmes ainsi qu'au regard des formations. Régulièrement le gouvernement central et le gouvernement étatique investissent dans des stages de spécialisation sur le sida pour les sage-femmes, médecins, infirmiers, aide-soignants, psychologues, etc. Ces formations coûtent chères en argent. Compte-tenu des apories administratives et de l'inquiétant phénomène d'absentéisme, elles courent le risque d'instruire des gens pour leur amener des compétences dont ils n'auront pas l'opportunité de se servir dans la mesure où ils sont happés par la logique des mutations en chaîne. Ce système, vicieux et vicié, s'entretient lui-même, si bien que les responsables s'étonnent qu'au bout de cinq années d'efforts réitérés de divers programmes de formation, un manque crucial de personnel continue à se faire ressentir pour occuper les postes vacants. Ces derniers sont finalement pourvus à des individus n'ayant aucune ou peu de compétences en la matière. En 2000, la responsable municipale de Macapá du programme antisida était une nutritionniste qui avouait ne pas connaître la question du sida : elle avait été promue à cette fonction simplement car il fallait nommer quelqu'un pour justifier les financements.

Les effets pernicieux de ce système doivent être mis en relation avec les pressions internationales qui pèsent sur les décisions nationales : les États sont contraints de limiter drastiquement le recrutement de nouveaux fonctionnaires dans le cadre de l'imposition des politiques libérales. Les postes dans les secteurs non prioritaires sont progressivement éliminés, mais l'État (aussi bien le gouvernement central que local) doit replacer les individus lésés dans un autre secteur, ce qui alimente le système de rotation décrit plus haut. Enfin, les relations de clientélisme et d'attribution préférentielle demeurent fréquentes, ce qui n'est pas original en soi, mais elles prennent une ampleur incommensurable dans un petit État comme l'Amapá où règne le népotisme. Par ailleurs, les rouages

sociopolitiques locaux grèvent sérieusement les possibilités d'implantation d'équipes de santé susceptibles d'acquérir durablement une connaissance et un savoir-faire pour gérer la politique de lutte contre l'épidémie du sida sur l'ensemble du territoire.

Les relations entretenues entre les Coordinations locales et le siège du PNLS à Brasilia ne sont pourtant pas exsangues ni virtuelles. Les réunions fréquentes dénotent un profond souci des responsables de Brasilia de faire passer l'information autant que de recevoir les feedbacks des coordinateurs locaux. Si un certain nombre de directives et de financements partent du centre vers la périphérie, les États conservent une certaine autonomie dans la façon d'administrer leurs centres de santé, de gérer l'argent, et d'organiser la prévention et d'une manière générale d'utiliser les moyens appropriés pour lutter efficacement contre le sida. Ils ont également la responsabilité de fournir les médicaments pour les maladies opportunistes (en dehors de ceux destinées à trois pathologies graves qui sont acheminées par le gouvernement central : méningite, tuberculose et cytomégalovirus), de promouvoir la formation du personnel et de décentraliser le programme dans les coins les plus reculés.

L'implantation du programme de lutte contre le sida à Belém diffère sensiblement de celle en Amapá. Belém est une ville millionnaire où l'épidémie à VIH est apparue dès 1985. Très tôt, en dépit de l'immensité du territoire du Pará et de la précarité endémique des services de santé généraux de la ville et de ses banlieues surpeuplées, la municipalité conjointement à la coordination étatique se préoccupèrent rapidement de la diffusion de l'épidémie pour en faire une de leurs priorités en santé publique. Reconnaissons que c'est grâce à l'impulsion d'un petit groupe de personnes extrêmement dynamique et volontaire occupant de longue date les postes à la Coordination étatique et municipale, ayant une excellente connaissance du terrain et de la population, n'hésitant pas à se rendre sur place dans les quartiers les plus défavorisés et les lieux les plus reculés de l'État pour discuter de vive voix avec les populations locales que la lutte contre le sida a pu s'intensifier et atteindre un certain niveau d'élaboration dont le jeune petit État de Macapá n'est toujours pas encore en mesure de se targuer. Une certaine compétitivité règne entre les représentants de la préfecture et de l'État dans la mesure où les fonds reçus de la capitale transitent par la Coordination étatique qui repasse ensuite, en fonction de critères parfois aléatoires (et dont elle n'a pas à rendre compte à qui que ce soit), une certaine somme aux différentes municipalités de l'État, depuis celle de Belém jusqu'aux plus petites localités de l'intérieur. Comme il n'y a pas de barème applicable ni de normes strictes dans le processus de répartition des financements annuels, les tensions montent facilement, chacun accusant l'autre de privilégier son propre fond de commerce ou ses alliés stratégiques préférés. La situation devient rapidement inextricable car l'argent et le matériel envoyé par Brasilia (posters, documentations, préservatifs masculin et féminin, kits de test rapide, etc.) s'avèrent insuffisants face à la demande grandissante des petites et moyennes municipalités qui commencent à vouloir prendre en main la lutte contre le sida et mener leurs propres actions, surtout lorsque des cas ont été identifiés dans leur circonscription.

L'État du Pará, en raison de sa maturité dans le domaine de la santé publique et de son potentiel de compétences indubitables a diversifié ses actions dans le domaine de la prévention, de la communication, de la promotion du traitement et du dépistage. Rapidement, des interventions se sont effectuées en concertation avec les prostituées et certaines populations vulnérables sans pour autant les considérer comme des groupes à risque, mais comme des acteurs sociaux qui méritent de recevoir en priorité des informations claires puisqu'ils sont en contact régulier avec le reste de la population et sont donc en mesure de disséminer, promouvoir l'information et sensibiliser leurs homologues aussi bien que la population générale. Ce n'est peut-être pas un hasard si, d'après les renseignements fournis par la coordination locale, l'indice de séroprévalence chez les prostituées demeure faible. Refusant les interventions brèves et sporadiques encouragées par les donneurs internationaux (Bevilacqua, 2000), des mouvements de femmes dans la prostitution se sont formés, une organisation puissante s'est développée à Belém, à caractère non abolitionniste et politiquement impliquée dans la quête d'une reconnaissance professionnelle légale de la prostitution. Grâce à l'impulsion de la Coordination MST/sida qui s'évertue à multiplier ses relais au sein de la société civile, quelles que soient l'activité

et la reconnaissance sociale dont bénéficient les intéressés, les associations et les mouvements de citoyens sont fortement encouragés. Contrairement à l'Amapá qui ne semble pas avoir adopté de lignes directrices spécifiques mais se contente au mieux d'appliquer passivement les suggestions de Brasilia, les responsables dans le Pará s'efforcent d'adapter leurs actions en fonction des dynamiques socioculturelles. Par exemple, les relations de genre qui prédéterminent les rapports de subordination de l'épouse au sein du foyer ont donné lieu à des investigations censées orienter et redéfinir les stratégies de prévention de santé dirigées vers les femmes (Vilanova & Cardoso, 1998). Parallèlement, alors que les autorités sanitaires de Macapá s'entêtent à ne pas reconnaître ou sous-estimer l'ampleur de l'usage de drogues injectables en dépit d'évidences et de faits incontournables, le Pará a pris les devants et organise, avec le soutien des ONG, un vaste programme de réduction des risques.

Le programme antisida en Guyane française à l'épreuve des migrations

La situation du sida en Guyane contraste en intensité et en originalité par rapport à celle en métropole. Plutôt que se focaliser sur l'implantation du programme en tant que tel, on insistera ici sur la gestion de la migration à l'égard de l'épidémie puisque c'est le sujet central de notre étude. Jusqu'à une époque récente, le ministère de la Santé français s'est contenté de fournir les appuis nécessaires au département d'outre-mer sans pour autant l'inciter à développer une politique spécifique qui tiendrait compte de ses particularités sociales, économiques et culturelles. Aussi étonnant que cela puisse paraître, on assista davantage à un simple transfert du modèle métropolitain, avec compétences médicales et techniques à l'appui, plutôt qu'à un réajustement en fonction des réalités locales. De leur côté, les pouvoirs publics guyanais ne semblent pas avoir été gênés par ce transfert inadéquat et n'ont guère adopté d'actions mieux adaptées, volontaires, transparentes et durables, comme si les performances techniques et médicales des hôpitaux publics suffisaient à répondre au défi de l'épidémie à VIH, et comme si les stratégies préventives de la France pouvaient, à quelques détails près, être calquées en Guyane. Les spécificités épidémiologiques montraient pourtant la tendance nettement hétérosexuelle de l'épidémie à VIH dans le département d'outre-mer et sa répartition au sein d'une population extrêmement diversifiée autant socialement que culturellement et économiquement, alors qu'en métropole les campagnes de prévention durant les années 1980 étaient axées autour des jeunes et des homosexuels. Une étude signale qu'au moment de l'implantation déjà tardive du PLNS, une partie des élus guyanais se montrèrent soucieux de l'image qui pourrait être véhiculée par les médias à propos de la Guyane et furent réticents à la mise en place d'actions trop visibles contre le sida susceptibles de stigmatiser le département. Une telle attitude d'inertie, contribua gravement à retarder la mise en place effective de mesures concrètes (Gallibour, 2000 : 53).

Pourtant la composition de la population, sa distribution sur le territoire et l'importance du facteur migration auraient dû laisser prévoir et la spécificité et la configuration à venir de l'épidémie. Inutile d'être un grand mage ou un grand stratège pour imaginer qu'en l'absence de communications et d'actions reposant sur les connaissances vernaculaires et les réalités sociales vécues, la vulnérabilité face au virus ne cesserait qu'augmenter. Au bout de quinze années de tergiversations, les pouvoirs publics français décidèrent en 2001 d'accorder une attention particulière à la Guyane en injectant des fonds supplémentaires destinés à améliorer les programmes de prévention et de suivi des personnes malades. Il fut explicitement demandé aux responsables sanitaires de la Direction de la Santé et de la Protection Sociale (ex-DASS État) de reformuler une stratégie adaptée aux spécificités et aux contraintes locales et de proposer des actions innovantes. Fin 2002, le département entamait donc une nouvelle phase de sa politique sanitaire, soucieuse de concrétiser de nouvelles actions pour réduire l'incidence épidémique. Les responsables sanitaires sollicitèrent l'appui de la société civile par le biais de ses représentants (associations, médecins, politiques, etc.). Il était temps. Comme le souligne un infectiologiste, la politique endémique du silence est fatale pour le devenir sanitaire de la population : *«Il n'y a pas de politique de prévention en Guyane* (…) *le sida, tout est fait pour qu'on n'en parle pas, surtout pour la prévention des autres. Du côté du fleuve Maroni, ce sont exclusivement les métros et les Noirs marrons qui lancent des initiatives. Jamais le Créoles*».

Il est devenu classique d'imputer à la migration incontrôlée une responsabilité grandissante dans la gravité de l'épidémie. Ce fait n'est pas vraiment nouveau et les rapports complexes entre sida et migration sont obscurcis depuis le début de l'épidémie par le discours ambivalent des pouvoirs publics. Ce non-dit joue en défaveur de la promotion d'un discours ouvert dans l'espace public. La politique du mutisme et d'attouchements trouve sa justification à la fois dans le danger potentiel de stigmatisation de certaines catégories d'étrangers et dans le refus d'accuser ouvertement celui qui vient d'ailleurs (Fassin, 1999). La Guyane occupe une position particulière dans la mesure où elle est entourée de pays qui, en dehors du Brésil, ne délivrent pas gratuitement les ARV. Joue-t-elle une fonction d'attrait thérapeutique pour les personnes malades des pays désœuvrés ? Quelques médecins et administrateurs en sont convaincus, mais trop peu de données viennent étayer cette tendance.

Juridiquement, tout individu sur le territoire français est en droit de recevoir les antiviraux à (Act-up, articles 100 et 295). Si la personne ne possède pas de documents en règle, elle reçoit au vu d'une justification médicale un visa de douze mois renouvelable chaque année. Des associations comme Aides Guyane viennent au secours des séropositifs étrangers et les assistent dans leurs tribulations pour l'obtention de leur droit de séjour : barrières linguistiques, rétention d'information des pouvoirs publics, stigmatisation. La législation existe, mais encore faut-il divulguer les textes et les faire appliquer (Chardin, 2001). Il existe en effet une série d'acteurs sociaux entre les législateurs et les individus concernés : dirigeants guyanais, hauts-fonctionnaires, employés administratifs, représentants des forces de l'ordre, paramédicaux, spécialistes du sida, médiateurs culturels, assistantes sociales, membres d'ONG, etc. Tous, à un moment donné, interfèrent et se positionnent en fonction du rôle qui leur est échu, des logiques institutionnelles dont ils dépendent et de leurs convictions idéologiques. Ils ne parlent pas forcément le même langage et ne s'arment pas d'objectifs similaires, en dehors de celui de « résoudre » l'épineux problème. Citons la politique anti-migratoire soutenue par une catégorie d'acteurs sociaux qui se heurte dans ses fondements, ses propos et ses actes à la politique, tout aussi légitimiste, en faveur des immigrés, représentée par un autre groupe d'acteurs sociaux. C'est de la conjoncture de ces faisceaux d'interventions, plus ou moins contradictoires, articulés et hiérarchisés, que dépend l'acceptation du migrant dans la société globale. Or l'accès au droit constitue le nœud gordien pour une prise en charge médicale adéquate (Peyrat, 1998). L'insertion sociétale du patient et son accès aux services de santé sont en premier chef soumis à sa reconnaissance institutionnelle, au risque de le voir réduit à parcourir les souterrains obscurs de la ville et se terrer dans les lieux marginalisés.

En Guyane, le sida frappe proportionnellement plus les étrangers que les Guyanais. Il arrive que les reconduites à la frontière ne tiennent pas compte de l'état de santé des sans-papiers. Les certificats médicaux ne changent pas grand chose. Les associations de lutte contre le sida peuvent intervenir à temps pour empêcher l'extradition d'une personne séropositive recevant la trithérapie mais bien souvent tout est fait pour qu'elles n'aient pas le temps et n'en soient pas averties (Bourdier, 2001d). L'histoire de Cecilia., une jeune femme brésilienne enceinte de six mois, hospitalisée à l'hôpital général de Cayenne suite à un paludisme, et testée séropositive à son insu dans une autre ville du département, est emblématique de la façon expéditive et irréfléchie dont sont traités des malades jugés indésirables. Alors qu'elle s'apprêtait à téléphoner le jour de sa sortie de l'hôpital de Cayenne, elle fut interpellée par la gendarmerie qui la contraignit à la suivre sans qu'elle ne soit autorisée à prendre son sac qui était resté dans l'enceinte hospitalière et où se trouvaient ses remèdes antiviraux. Les attestations du médecin qu'elle montra ne firent pas infléchir les représentants des forces de l'ordre : 24 heures après, Cecilia embarquait dans l'avion sans le moindre argent ni aucun médicament, destination Macapá où elle ne connaissait personne. Un tel cas ne constitue pas une exception : nous avons retrouvé à Belém, par le biais d'une association de séropositifs, deux femmes expulsées de la Guyane dans des circonstances similaires à la sortie de l'hôpital général de Cayenne. A Saint-Laurent, près de la frontière avec l'ex-Guyane hollandaise, plusieurs personnes nous ont fait part de pratiques

semblables à l'encontre de jeunes femmes surinamaises qui viennent accoucher du côté français. Toutes subissent un dépistage sans qu'elles en soient systématiquement avisées ou du moins sans qu'elles reçoivent un conseil pré-test conséquent. D'après les témoignages de personnes travaillant à l'hôpital, certaines femmes ne seraient pas averties de leur séropositivité afin de ne pas être tentées de rester sur le territoire français pour accéder à des soins inexistants dans leur pays d'origine.

Pourtant les établissements hospitaliers soignent quand ils le peuvent les migrants sans papiers. Force est de reconnaître que leur tache n'est pas facilitée par les complications administratives et le manque de coordination avec les services sociaux du département. Comme le déplore un médecin, tout le monde délègue et personne ne veut prendre de responsabilité. En cas de sida déclaré, tout est fait par les spécialistes des hôpitaux et les médecins traitants pour essayer de régulariser la situation de la personne afin que, conformément à la législation en vigueur, elle puisse bénéficier du traitement, et par conséquent du droit de séjour. Néanmoins, cette politique bienveillante du corps médical s'affiche en porte à faux avec les pratiques concrètes de la politique migratoire qui ne cesse de se renforcer. Cette contradiction fondamentale entre politiques de gestion de la migration et politiques de gestion de la santé se retrouve dans d'autres champs (Bedos, 1998). Elle rend compte des intrications sous-estimées entre des institutions aux objectifs divergents, pouvant aller jusqu'à l'affrontement dans le quotidien aux dépens des personnes malades. Elle est emblématique de la complexité de l'ensemble des logiques qui interfèrent dans la gestion de l'épidémie, et de la difficulté des acteurs/décideurs à s'accommoder des contraintes qui s'opèrent à différents niveaux. Un autre défi majeur réside dans la décentralisation des actions de santé.

Les insuffisances de la décentralisation et ses conséquences

Le défi de la municipalisation au Brésil

En décembre 2001, le colloque national bisannuel sur le sida au Brésil affichait comme slogan « décentralisation et durabilité » (ministério da Saúde, 2001b). La question de la décentralisation représente en effet le défi à venir du système de santé brésilien. Elle tient une place préoccupante en Amazonie où les communautés villageoises n'ont souvent d'autres choix que de gérer elles-mêmes leurs problèmes de santé et leurs manières de se soigner (Teixeira, 2001). La taille du territoire, l'espacement des villes, la dissémination d'une population résidant dans des lieux reculés et sur les berges des innombrables fleuves, la précarité du réseau routier, la faiblesse des moyens de communication et l'importance des migrations humaines constituent des défis majeurs pour l'implantation d'un réseau organisé capable de recouvrir l'ensemble du territoire amazonien. Ajoutons à ces composantes géographiques et sociales la fragilité et le dysfonctionnement fréquent du Système Unique de Santé (SUS) censé être le relais du programme de lutte contre le sida dans les zones périphériques et dans l'intérieur amazonien.

En Amapá, l'unique centre de référence MST/sida est localisé dans la capitale. Il s'agit d'une Unité indépendante qui s'occupe uniquement de l'épidémie à VIH (gestion administrative, formation, suivi des malades, remise des médicaments). Il ne propose pas d'assistance thérapeutique à domicile comme à Belém mais dispose d'un espace faisant office d'hôpital de jour. Le centre dispose d'un CTA qui est le seul endroit dans le secteur public à proposer conseil et dépistage pour tout l'État d'Amapá. Cela revient à dire qu'il constitue la seule possibilité pour se faire tester, bénéficier d'une consultation auprès d'un médecin spécialiste et recevoir les médicaments ARV. En dehors de quelques rares actions ponctuelles soucieuses d'afficher une visibilité politique et médiatique, la lutte contre le sida en est réduite à sa plus simple expression en dehors de la capitale. Pourtant des villes comme Oyapoque (à 600 km), Santana et Laranjal do Jari sont particulièrement touchées par l'épidémie à VIH. L'accès au dépistage en dehors du centre de référence est théoriquement possible mais rendu malaisé en raison de l'absence de personnel compétent et de matériel pour effectuer le test. Des infirmières ont été formées en quelques endroits du territoire mais en l'absence de possibilités d'investigations sur place, elles ne proposent jamais (ou très rarement) le dépistage. Si une personne

suscite la demande, on l'encourage plutôt à se rendre directement à Macapá, ce qui a pour effet de décourager l'initiative personnelle. L'absence de proposition du test correspond moins à une négligence des acteurs de santé qu'à un manque de soutien logistique. Prenons le cas d'une infirmière de Laranjal do Jari qui reçoit une sollicitation d'un patient pour le test VIH : l'unique solution est d'envoyer l'échantillon de sang à Macapá : l'opération est longue et aléatoire et le résultat n'arrive pas toujours. Afin d'éviter la frustration de la personne demandeuse et d'être amené à lui fournir un diagnostic dont personne n'aura pas la preuve en l'absence d'un résultat écrit[57], il est compréhensible que l'infirmière préfère se déresponsabiliser, ne pas prendre de risque, ne pas décevoir son interlocuteur et se contente de lui proposer d'aller de son propre chef à Macapá. L'itération de telles contradictions (entre les campagnes et les possibilités concrètes d'accès au dépistage) pose un certain nombre de problèmes relatifs à la prévention contre le sida. D'un côté les habitants reçoivent une information les incitant à se prévenir et à se faire dépister si jamais ils estiment avoir pris un risque et de l'autre ils se heurtent à des barrières insurmontables pour accéder à leur connaissance sérologique dès lors qu'ils n'habitent pas la capitale. Or si les gens viennent d'eux-mêmes se faire dépister dans un centre de santé primaire, cela signifie qu'ils sont réceptifs aux campagnes de prévention et souhaitent savoir où ils en sont. Si personne ne répond à leur sollicitation exprimée, c'est toute la confiance envers l'information reçue et le centre de santé qui s'écroule.

L'insuffisance de la décentralisation a des effets dépréciatifs sur la prévention, même si mes propres observations et discussions menées en plusieurs endroits de l'Amapá (Oyapoque, Macapá, Santana, Laranjal, Mazagão) confirment une connaissance acceptable des modes de transmission. Bien entendu, il existe et subsistera toujours des méprises et des malentendus mais les adolescents comme les adultes sont relativement bien informés. Par ailleurs, un savoir n'est pas forcément acquis définitivement mais se transforme en fonction des circonstances. Je me rappelle l'impact suscité par un jeune étudiant diplômé de retour dans son village - une communauté de pêcheurs proche d'Oyapoque - qui, interrogé par les siens sur la façon dont le sida se transmettait, fournit une information erronée. Son explication eut un écho extrêmement négatif dans la mesure où son statut de jeune prodigue ayant complété ses études à la ville lui conférait un pouvoir symbolique sur son environnement social et un accès à la connaissance dont nul autre que lui ne pouvait se targuer.

La prévention est censée être promue dans tous les centres de soins de santé primaire et dans les écoles secondaires. Les premiers collent effectivement des affiches indiquant les modes de contamination et les divers moyens de se prévenir. Cependant le personnel de santé adopte une attitude passive et attend que la population leur pose des questions. Dans les petites villes de l'intérieur comme dans les centres de santé des quartiers périphériques, l'infection par le VIH fait donc rarement l'objet de débat public.

La remise des médicaments ARV en Amapá s'effectue exclusivement à l'Unité de référence qui ne dispose que d'un seul médecin infectiologiste autorisé à prescrire le traitement et à orienter les personnes malades. L'agglomération de Belém bénéficie d'un réseau plus étendu : deux Unités dans le centre urbain et une Unité située à une quarantaine de kilomètres afin de décongestionner la capitale. A la fin 2002, quatre Unités supplémentaires avaient été créées dans l'État. La banalisation des tests rapides encourage l'accès au dépistage des gens de passage et combler l'insuffisance numérique des tests Elisa qui n'arrivent qu'au compte-gouttes dans les municipalités de l'intérieur. Par exemple, l'Unité de référence de la ville de Maraba à 300 km de Belém reçoit un quota de 200 tests par mois alors que la demande mensuelle est estimée à plus du double. La règle du « premier venu premier servi » aboutit à partir de la seconde quinzaine du mois à l'impossibilité de prendre en considération la demande des personnes. Ces dernières pensent, en retour, que le test gratuit leur est refusé afin de les inciter à se rendre dans laboratoires privés. En ce qui concerne les médicaments, force est de reconnaître que depuis l'introduction en 1996 des inhibiteurs de protéases et des antinucléosidiques

[57] Il est arrive qu'un centre de santé local s'inquiétant au bout d'un mois de l'absence d'une réponse, téléphone à Macapá et s'entendre dire que tout allait bien (« *tudo fica bem direitinho* ») et que la personne n'avait pas lieu de s'inquiéter.

(constituant avec l'AZT ce qui est couramment dénommé l'HAART), il n'y a jamais eu de manques ni de délais d'approvisionnement dans le Pará comme en Amapá. Le problème réside plutôt dans l'accès mensuel des malades à la thérapie antirétrovirale. Un nombre croissant d'individus contaminés réside dans l'intérieur des États et sont contraints de parcourir de grandes distances pour récupérer leurs médicaments. Les frais de transport sont d'un coût prohibitif, parfois équivalents ou supérieurs à leur revenu mensuel ! Quelques-uns bénéficient d'une aide pour le voyage, par le biais des associations de personnes séropositives ou par le truchement des assistantes sociales mais les autres, dont les papiers ne sont pas en règle ou en attente d'enregistrement, doivent se débrouiller comme ils le peuvent, à l'image de Beto, un paysan sans terre qui s'arrange pour venir à la capitale quand un de ses amis routiers effectue le trajet. Il lui arrive de ne pas pouvoir venir régulièrement chaque mois en ville et de rester sans médicaments pendant quelques jours, voire davantage. Pour compenser, il a parfois diminué la posologie afin de ne pas rester à rien prendre sur une longue durée.

Petite et la Guyane, longs sont les fleuves, grande est la forêt

En dépit de sa taille réduite, la décentralisation du PLNS en Guyane reste d'actualité. Plus de 80% de la population se concentre sur le littoral mais de nombreux villages Noirs marrons, Wayana et Wayãpi sont disséminés sur les berges de fleuve, notamment le Maroni qui fait frontière avec le Surinam. Le département tente de développer des actions de préventions sur l'Oyapoque et le Maroni mais se désintéresse totalement du sort des chercheurs d'or de l'intérieur guyanais, considérés comme des gens de passage qui ne dépendent pas des autorités sanitaires locales, sauf urgence extrême. Pendant la dernière décennie, les campagnes de prévention sur le fleuve étaient sous la responsabilité de la DDASS Guyane qui envoyait une équipe médicale chargée de sensibiliser les populations isolées au risque d'infection par le VIH. Les missions étaient ponctuelles et l'équipe ne disposait pas du temps nécessaire pour s'imprégner du fonctionnement des communautés locales, ne connaissent pas leur langue[58]. Elles ne prenaient pas le temps d'être à l'écoute des préoccupations locales et de la façon dont les problèmes de santé étaient perçus et gérés, quitte à les renégocier par la suite.

L'incidence élevée du sida auprès des populations du fleuve montre la relative inanité de ces interventions insuffisamment préparées. L'absence de feedbacks a incité récemment les décideurs à modifier leurs stratégies d'approche. Sur le fleuve Maroni, une équipe mobile qui ne traite pas que de l'épidémie a été mise en place sous les auspices de l'hôpital de Saint-Laurent. Accompagnée par une ethnologue, elle cherche à instaurer une relation durable avec les populations, suggère une approche compréhensive et s'efforce d'identifier des personnes relais, si possible les chefs de village ou bien des personnalités reconnues dans la communauté. L'exemple du Surinam est intéressant à cet égard : le Gran-man (représentant traditionnel de toute une ethnie marron) a reçu un titre prestigieux de la part du programme surinamais de lutte contre l'épidémie à VIH. En lui décernant ce statut, le chef qui détient un fort ascendant sur son peuple s'est enquis de sa nouvelle fonction de promoteur de la prévention contre les maladies sexuellement transmissibles. Cette stratégie n'a pas été adoptée du côté guyanais mais les acteurs de santé – ONG et membres du réseau public – s'attachent à développer un réseau d'interlocuteurs constitué de villageois responsables de la distribution des préservatifs, de la dissémination des messages de prévention et de l'identification des personnes désireuses de se faire dépister ainsi que de celles présentant des symptômes suspects. Dans la pratique, c'est peut-être beaucoup demander à de simples volontaires, pris entre leur culture et la logique « du Blanc », qui ne savent pas forcément négocier les interactions entre les uns et les autres et ont parfois du mal à transcrire verbalement des informations épidémiologiques au moyen de locutions vernaculaires. L'idée de faire participer les guérisseurs traditionnels soulève également plus de problèmes qu'elle n'en résout : quel rôle leur attribuer ? Comment investiraient-ils cette fonction ? Quels sont les dérapages possibles ? Est-il possible de contourner le fait que les guérisseurs ne constituent pas un groupe forcément soudé, désireux de faire corps mais qu'ils exercent plutôt en compétition[59] ? Les

[58] Information du Dr Christian Marthy.
[59] Information de Diane Vernon, ethnologue ayant travaillé plusieurs années auprès des population du fleuve.

expériences menées sous l'égide de l'OMS dans les quatre coins du monde suggèrent qu'il vaut mieux que chacun reste à sa place : les médecins à l'hôpital et chaque guérisseur dans son village.

En Guyane comme en Amazonie brésilienne, le problème de la décentralisation ne concerne pas seulement les municipalités excentrées et les communautés vivant à l'écart. En milieu urbain, combien de différences significatives surgissent entre les quartiers ! Des franges entières de populations sont mises à l'écart et ne reçoivent guère d'attention de la part des autorités sanitaires et sociales : faiblesse d'équipement des services, personnel insuffisant, hésitations à aborder de front la question du sida auprès de populations jugées « difficiles » et manque d'expérience des professionnels constituent les raisons classiquement évoquées, dont il faut bien reconnaître le fondement. L'insuffisance de la décentralisation n'est donc pas uniquement géographique mais sociale. Des populations sont écartées des campagnes de prévention sans raison objective. Il nous a déjà été dit à Cayenne qu'il était inutile de se fatiguer à promouvoir la prévention du sida auprès de telle population marginalisée car elle n'en avait que faire. Il s'opère ainsi des choix sélectifs ne reposant sur aucun critère en dehors de ceux du sens commun et de l'idée préconçue.

La promotion du dépistage volontaire représente un point noir dans la politique de santé guyanaise. Dans le cadre de la PMI, les femmes enceintes sont sollicitées, ce qui leur évite d'entreprendre une démarche que plusieurs futures mères n'oseraient pas faire de leur propre gré. Par contre, et contrairement au Brésil, l'incitation au dépistage auprès de la population générale brille par son absence. Le manque d'information sur le bien-fondé et la banalité d'un dépistage suscite des réactions de méfiance auprès de la population. Rien ne se dit dans l'espace public et tout se confine dans la sphère privée, ce qui n'est pas sans conséquences néfastes. L'idée de la maladie honteuse que l'on doit cacher ou même ignorer est paradoxalement entretenu. Tout se passe comme si encourager les individus à effectuer un dépistage signifiait les soupçonner d'être atteints du virus. A l'inverse, le coup de force du gouvernement brésilien fut de ne pas avoir distingué prévention, dépistage et accès aux soins dans le cadre de sa lutte contre le sida. Le dépistage a toujours été présenté comme une manière utile de prévenir un risque et le médicament une façon pertinente de réduire ce risque. En conséquence la population brésilienne ne se sent pas indignée ou incriminée quand un dépistage lui est proposé. Il ne faut pas y voir un effet de culture mais le résultat des politiques insistantes du gouvernement. Plus encore, elle a intégré la démarche prophylactique alors qu'il semblerait que ce soit tout le contraire en Guyane française. Chacun peut vérifier cette hypothèse par lui-même en demandant à des Guyanais s'ils ont accepté un dépistage sollicité et dans quelles conditions. Si c'est oui, la réponse courante revient à déplorer la façon dont ils ont été poussés à être testés, sans raisons valables. L'épreuve du test a été retenue comme un acte coercitif : tout juste si les individus n'ont pas été calomnieusement atteints dans leur honneur. Si la réponse s'avère négative, les personnes tiennent pour acquis la fierté d'avoir su résister courageusement à la sollicitation du personnel médical, sachant que le risque pris n'en est pas véritablement un. Preuve en est qu'elles sont en pleine forme physique.

Migration, accès aux services de santé et suivi des malades

Comment les responsables des PLNS ont-ils pensé le phénomène migratoire et de quelles manières l'ont-ils ont inséré dans leurs préoccupations ? Autant l'Amazonie brésilienne que la Guyane française connaissent des mouvements ininterrompus de population. Cependant, elles sont confrontées à des dynamiques migratoires divergentes, ce qui rend la comparaison aléatoire et risquée : la Guyane accueille une majorité d'immigrés issue d'autres pays tandis que l'Amapa et le Pará ne reçoivent pratiquement pas de population de nationalité étrangère mais au contraire des migrants issus des régions déshérités du même pays.

Une situation insoluble en Guyane ?

Les migrants sont particulièrement exposés aux problèmes de santé. Les données des hôpitaux du département d'outre-mer attestent qu'ils souffrent de maladies contagieuses telles que la tuberculose, l'hépatite ainsi que de maladies respiratoires liées à des carences alimentaires, au surpeuplement, à des mauvaises conditions d'hygiène, d'alimentation en eau et de logement. La vulnérabilité aux maladies est aggravée par un accès limité aux soins de santé. La tendance courante du recours tardif aux soins peut s'expliquer, comme nous le détaillerons ultérieurement, par un ensemble de facteurs sociaux limitatifs et/ou une réticence à se rendre dans les centres du réseau public, de crainte de se faire identifier comme personne clandestine indésirable. Compte tenu de leur situation précaire et des difficultés sociales, économiques, culturelles et légales qu'ils rencontrent dans le pays d'accueil, les migrants brésiliens, pour ne parler que d'eux, sont apparemment plus exposés que le reste de la population locale envers certains types de risques sanitaires comme les problèmes de santé professionnelle (vu qu'ils effectuent les travaux les plus ardus, ne sont pas déclarés et ne peuvent guère recourir en cas d'accident), sexuelle et mentale. Que l'État ne se donne pas les moyens d'y recourir revient à généraliser le risque à toute la population étant donné l'inévitable interdépendance entre la santé des migrants et celle de la population locale.

Or, force est de constater que la Guyane n'a toujours pas intégré à ce jour de politique de santé concernant les migrants dans le cadre de sa lutte contre le sida. Tout le monde a pourtant conscience qu'il s'agit d'un manquement intolérable mais aucune concertation n'a abouti, personne n'ose prendre de décisions audacieuses. Les difficultés se résolvent au coup par coup, ce qui ne facilite ni le travail des médecins, ni celui des services sociaux, ni celui des associations, et encore moins le sort des populations migrantes. Pourtant, l'immigration est perçue comme le problème crucial numéro un mais plutôt que de se pencher sur les solutions relatives au traitement de la santé des migrants dans le contexte national, les réactions vont en sens contraire : il est urgent de bloquer les abus de la migration, il est nécessaire de mettre en frein à l'entrée des clandestins, il faut renforcer les contrôles et ne pas hésiter à reconduire les sans-papiers. Ce qui fait que la prestation des soins de santé pour le sida dans le cadre des migrations clandestines est une question insuffisamment débattue, oscillant entre le flou et la réserve exagérée au lieu d'être sereinement approfondie. Prenons l'exemple de Saint-Laurent où la population brésilienne est minoritaire mais dont l'hôpital accueille de plus en plus de Brésiliens vivant du côté du Surinam. Plus de 500 dépistages s'effectuent par an (ne sont pas comptabilisés les tests pratiqués aux Surinamaises et George-towniennes qui viennent accoucher). Un accord tacite régit les rapports entre la préfecture et l'hôpital. Ce dernier s'engage à ne pas effectuer de demandes d'aide médicale pour des gens qui ne vivent pas sur le sol guyanais et inversement la préfecture s'engage à ne pas faire de difficultés pour l'accès aux soins des autres personnes, même si elles ne sont pas encore régularisées. D'un autre côté le service social de l'hôpital refuse (tout au moins jusqu'en 2002) de traiter les dossiers sida. La population brésilienne bénéficie d'une image de marque positive et rentre dans la catégorie des « bons patients » par opposition aux représentants d'autres nationalités. Or il s'est effectué un changement depuis le milieu de l'année 2001. Les Brésiliens contaminés par le sida en provenance de Paramaribo viennent à la recherche de soins de l'autre côté du fleuve. En présence de problèmes aigus de santé, il est possible de les prendre en charge du côté guyanais, mais s'ils ne présentent pas de maladie déclarée et « seulement » un sida chronique, c'est plus compliqué car l'hôpital dit n'avoir aucun droit de les aider, sauf sous prétexte humanitaire. Lors de mon passage en février 2002 à Saint-Laurent, il y avait trois Brésiliens hospitalisés pour le VIH, tous résidant en permanence au Surinam : deux hommes et une femme,. Cette dernière a été prise en charge dans le cadre d'une urgence en raison d'une toxoplasmose avec paralysie faciale. La gestion en France de la population brésilienne vivant dans un autre pays d'Amérique du Sud relève alors d'une complexité accrue dans la mesure où ceux qui sont issus d'une communauté relativement intégrée au Surinam ne peuvent pas être renvoyés dans leur pays de naissance. Beaucoup ont coupé les ponts avec le Brésil et ne veulent en aucun cas y revenir. C'est du moins ce que pense un médecin de Saint-Laurent : *« Leur avenir est ailleurs qu'au Brésil (…). L'information est passée (…), ils ont compris que la gratuité et la qualité des soins est à Saint Laurent mais pas à Paramaribo ».* Par contre, les Brésiliens qui travaillent et vivent dans les sites d'orpaillage en amont du fleuve ne bénéficient pas du même traitement : le corps médical, aussi bienveillant soit-il affirme que la prise en charge est impossible à tous les niveaux : « *Trop difficile,*

trop compliqué, rien à faire ». Beaucoup de professionnels de santé perçoivent leur travail ralenti par la politique du flou. Un médecin fut acculé à me dire : « *Qui peut me montrer la voie, la réponse ? Dès fois on patauge, on appelle le consul qui ne vient pas. Pour le sida, c'est dément, on passe de bureau en bureau, personne n'a de réponse. On perd un temps incroyable, souvent pour rien. Tout le monde se renvoie la balle. Je ne suis pas un démiurge, comment les gens peuvent avoir accès aux soins en l'absence d'un dispositif clairement établi ?».*

Sans constituer le seul facteur déterminant, l'accès aux droits sociaux et administratifs des malades étrangers en Guyane conditionne leur accès aux soins. Les immigrés sont plus que tous les autres tributaires des dysfonctionnements et contradictions entre les diverses institutions. Des études dans les quatre coins de l'Europe ont montré que la précarisation est intimement liée à la qualité du lien social dont la personne bénéficie dans le pays hôte (Gregg, 2001 ; Larosa, 1998 ; Lebas, 1998). Des oppositions farouches relatives à l'obtention de ces droits se sont élevées, en France comme en Guyane. Ils reposent sur trois arguments dont il est facile de démontrer la fragilité scientifique et le caractère fallacieux. Le premier avance que les étrangers viendraient « envahir » le département d'outre-mer pour se soigner et mettraient en péril le système de protection sociale. Si cela était vrai, toutes les personnes contaminées vivant dans les pays limitrophes se rendraient en Guyane, ce qui n'est absolument pas le cas. Par ailleurs, comme le souligne Catherine Chardin (2001) en ce qui concerne la France métropolitaine, les personnes qui immigrent en Guyane n'appartiennent pas aux groupes sociaux qui utilisent le plus la médecine préventive, les dépistages précoces, mais au contraire font partie des groupes de populations qui ont le moins recours à la médecine. En outre, des ressortissants étrangers comme les Brésiliens affichent une nette volonté à se faire soigner chez eux, à utiliser le médicament fabriqué dans leur pays (plus fort et plus efficace) car ils ont l'habitude de le consommer (notion d'accoutumance du corps). Ce n'est pas un hasard s'il existe plusieurs points de revente de médicaments venus du Brésil dans toute la Guyane. Sommes toutes, il existe quelques personnes qui se rendent à Cayenne dans l'espoir de se faire traiter mais elles restent minoritaires. L'accès aux ARV ne résout pas tout, encore faut-il se résigner à abandonner son foyer, ses habitudes, et peu de malades sont tentés de venir vivre, souffrant et affaiblis, dans un lieu où ils seront coupés de leurs racines et devront rebâtir une nouvelle vie.

Le second argument fulgurant avance que les gens se contaminent volontairement pour obtenir le droit de rester en Guyane française. En novembre 2002 l'hebdomadaire Express signalait cet événement extraordinaire :

> *« De l'autre côté de l'Atlantique, en Guyane française, la nouvelle circule et fait grand bruit. Le 1er novembre, la Semaine guyanaise, hebdomadaire régional, publiait les déclarations d'un médecin de l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni : deux de ses patients, d'origine étrangère, se seraient inoculés volontairement le virus du sida. Dans quel but ? Bénéficier d'un titre de séjour de trois mois pour raisons médicales, comme le prévoit la loi française. Cri d'alarme ou fausse nouvelle? Bruno Chautemps, délégué régional de Sida Info Service en Guyane, observe que si ces hommes s'étaient rendus malades pour obtenir des papiers provisoires ils se seraient immédiatement fait dépister en arrivant dans le département français. Or, lorsqu'ils ont raconté leur histoire, ils étaient en Guyane depuis plusieurs années, toujours en situation irrégulière. Invérifiable, mais jamais démentie, cette rumeur est le symptôme d'un malaise plus profond qui secoue le département français (…) ».*

Ce type d'information à caractère provocateur a déjà circulé. Il reflète la crainte du corps médical de devoir gérer « toutes la misère du monde », pour reprendre une expression répandue en Guyane. Au pire, si c'était vrai, il serait urgent de revoir le dispositif d'information et les campagnes de prévention car il est absurde de penser qu'une personne se donne volontairement une maladie mortelle, inguérissable et parmi les plus redoutables, tout cela pour obtenir des papiers ou un travail

Le troisième argument est que les administrations risquent de donner des titres de séjour et de travail pour soigner des malades, parfois irresponsables, qui pourraient se faire traiter chez eux. C'est ce qui est dit à propos des Brésiliens porteurs du sida ayant toute facilité à recevoir le traitement par les ARV dans leur pays. C'est vrai jusqu'à un certain point : les médicaments pour les maladies opportunistes manquent en Amazonie orientale. En 2002 à Belém, les remèdes pour la toxoplasmose furent indisponibles durant cinq mois et les malades détenaient comme unique solution de les acheter dans les pharmacies privées, ce que la plupart n'étaient pas en mesure de faire vu le coût rédhibitoire de ces médicaments. D'autre part, les combinaisons thérapeutiques par les HAART ne sont pas aussi complexes et élaborées que celles fournies sur le territoire français. Le traitement en Guyane peut donc être mieux adapté en certaines circonstances, pour des malades ayant besoin d'une chimiothérapie moins accessible au Brésil. Des responsables de santé estiment impossible et irréaliste de s'occuper de la prise en charge des personnes qui ne font que passer dans le département, à fortiori quand ils sont clandestins et géographiquement isolés. Pourtant, fournir des médicaments à des personnes ayant le sida déclaré mais qui se portent bien représente une meilleure stratégie que d'attendre qu'ils soient malades, les transporter d'urgence à l'hôpital et les traiter pendant une assez longue période en cas d'affection opportuniste. D'autre part, une distribution des remèdes, y compris relativement courte dans le temps, n'a rien d'inconcevable. Elle peut être soit la continuité du traitement reçu préalablement à Macapá ou Belém, soit le début de celle qui sera octroyée ultérieurement au Brésil. Les Unités de référence brésiliennes sont habituées à ce que les dossiers des personnes sous traitement passent d'un État du pays à un autre du jour au lendemain grâce à un système d'informatisation efficace qui facilite le transfert des malades. Si une collaboration s'officialisait entre la Guyane et le Brésil, les deux pays pourraient s'échanger facilement les informations, au grand bénéfice des structures de soins et des malades.

L'attention aux personnes mobiles du côté brésilien

Il n'existe pas au Brésil de programme spécifique dirigé vers les personnes étrangères. En principe, les individus non-Brésiliens qui ne sont pas résidents légaux sur le territoire ne sont pas autorisés à recevoir les ARV. Le système est plus souple qu'il peut sembler et, si une demande durable de la part d'un étranger ne s'est pas produite à notre connaissance en Amapá ou au Pará, nous avons écho de personnes séropositives originaires d'un autre pays d'Amérique du Sud qui bénéficient du traitement dans l'État du Roraima qui jouxte le Venezuela et le Guyana. La Coordination locale de cet État septentrional s'est arrangée à ce que ces migrants sud-américains soient officieusement reconnus en tant que Brésiliens. A quelques milliers de kilomètres, les États du Sud et du Centre-Ouest doivent négocier le sort des nombreux Brésiliens installés au Paraguay et en Uruguay demandant à recevoir les ARV dans leur pays d'origine. La *município* de Foz d'Iguaçu, localisé à la confluence de trois pays (Argentine, Paraguay et Brésil), reçoit un contingent important d'expatriés brésiliens contaminés par le VIH et a résolu d'acheter lui-même les médicaments que l'État ne fournit pas pour les individus non domiciliés sur le territoire. Inversement des personnes des pays limitrophes viennent se faire soigner au Brésil et grâce à un système beaucoup plus flexible que celui existant en Guyane française, un certain nombre d'entre eux bénéficie du soutien du service de santé brésilien. Cet appui est facilité par des accords généraux conclus entre les gouvernements mais la coopération fonctionne principalement grâce à des arrangements locaux qui ne font pas l'objet d'un décret ni d'un engagement formel de l'État brésilien. Dans un autre registre, en consultant les fichiers des personnes suivies à Belém au cours des quinze dernières années, on a pu constater que des Brésiliens vivant en France ou dans un pays du Nord se sont présentées à l'Unité de référence pour recevoir des médicaments manquants ou modifier leur thérapie à l'occasion d'un séjour de quelques mois au Pará. Leur acceptation signifie que les personnes résidant en dehors du Brésil n'endurent pas de complications administratives ou légales pour être prises en considération, qu'ils soient d'origine brésilienne ou d'un autre pays.

Plus complexe est la gestion des migrants brésiliens qui circulent à l'intérieur du pays. A l'inverse d'études internationales (Appleyard, 1998 ; Weerakon, 1997 ; Ellis, 1997 ; Ellis *et al*., 1996), très peu d'enquêtes nationales se sont penchées sur les migrations internes et leurs conséquences sur le suivi

des personnes séropositives. Les rares qui abordent la question se contentent d'une approche descriptive et n'apportent pas grand chose à la compréhension des liens entre épidémie à VIH et migration, à l'image de l'étude de Barcellos (2001) qui synthétise la situation aux frontières sans aucun éléments de réflexion et ne mentionne pas les éventuelles difficultés auxquelles sont confrontés les personnes mobiles et contaminées. Des travaux ponctuels se sont intéressés à des groupes particuliers de personnes itinérantes comme les camionneurs (Villarinho, 1999). Cette faiblesse dans les études se reflète dans le peu d'actions promues au niveau national à l'égard de la question, même s'il existe un service au sein de la Coordination nationale dédiée à la surveillance épidémiologique du sida dans les zones interfrontalières et qui s'intéresse par conséquent aux migrations. En Amazonie brésilienne, quelques programmes d'intervention intentés par des ONG se focalisent sur les femmes mobiles dans la prostitution et sur les chercheurs d'or[60], mais elles sont loin de couvrir le territoire et se concentrent sur une population très spécifique. Centrés sur la prévention et la distribution de préservatifs, ces projets dépendent de sources de financement de Brasilia qu'elles doivent réitérer chaque année, ce qui rend incertaine la durabilité de leur action.

Une autre forme d'intervention en faveur des personnes contaminées par le sida (sans domicile fixe, migrants, populations de l'intérieur) se retrouve dans les maisons de passage. Ce sont des lieux réservés aux personnes sous traitement qui ne nécessitent pas un internement hospitalier ainsi qu'aux individus séropositifs de passage en ville. Les personnes sont autorisées à y résider de façon temporaire en l'absence de toute autre option. Les objectifs consistent à décongestionner les hôpitaux et à ne pas décourager les personnes vivant avec le sida de se rendre en ville si elles n'ont pas d'attaches familiales ni les moyens de se loger ailleurs. Il existe une maison de passage à Macapá (fermée provisoirement depuis 2002 pour détournement de fonds…) et une dans la capitale du Pará qui fonctionne depuis une dizaine d'années[61]. La préfecture de Belém a parallèlement mis à disposition une nouvelle structure en 2001, appelé *casa de acolhimento* (maison d'accueil). Régie par la ville et disposant d'un personnel paramédical compétent, elle accueille les personnes sans abri et celles venant de l'intérieur de l'État devant effectuer un séjour à la capitale pour effectuer des analyses, régler certains problèmes administratifs relatifs à leur séropositivité ou se faire soigner en cas d'impossibilité dans leur *município*. La structure dispose d'une capacité d'accueil pour quinze personnes, ce qui évite que des patients échouent inutilement à l'hôpital. Elle bénéficie d'un service ambulatoire et d'un matériel technique suffisant pour recevoir des personnes nécessitant seulement des soins basiques. Elle se présente en tant qu'alternative à une structure intensive et coûteuse, et propose un service d'accueil intimiste, chaleureux, humanisé et personnalisé.

Hormis ces cadres d'intervention, la population migrante est assimilée à la population générale et ni les structures ni les actions de santé publique prennent en considération leur réalité sociale et leur particularité géographique. On aurait pu espérer, par exemple, à un renforcement des services de santé, à un plus grand déploiement du personnel dans les espaces de convergence des migrants ou dans les zones de transit comme Oyapoque, Laranjal ou Santana en Amapá, mais rien n'a été accompli en ce sens. L'identification des lieux où passent et/ou résident temporairement les migrants ne représenterait pas un travail de Titan et ne demanderait pas un grand effort d'organisation. De telles actions ne mobiliseraient pas forcément un personnel énorme, et l'instauration d'équipes de santé mobiles, à l'image de ce qui se réalise pour la santé en général dans les territoires indigènes au Brésil, pourrait constituer une alternative. Il est tout de même frappant que la plupart des zones d'extraction aurifères en Amapá, où la concentration de prostituées et d'hommes célibataires est impressionnante, n'ont jamais vu la visite de promoteurs de la santé ou de quelconque intervenants enclins à discuter de la santé en général et de la prévention contre le sida et les MST en particulier. Inutile d'aller aussi loin : il en va de même dans les quartiers d'implantation récente qui ne sont pas les plus fréquentés par les professionnels de santé, que ce soit en raison de la difficulté d'accès, de leur inexistence officielle en tant que lieu d'habitat (pour les zones d'invasion). Nonobstant, reconnaissons que la tache des acteurs

[60] Le GEMPAC à Belém est une association de femmes qui travaille pour la reconnaissance des prostituées et s'implique dans la prévention du sida.

[61] Ces maisons de passage se retrouvent dans la plupart des États, bien que fonctionnant avec des idéologies et des logiques différentes.

de santé se complique en raison de la méfiance des habitants qui ne voient pas toujours d'un bon œil ce qu'ils considèrent comme une intrusion des représentants de l'État, celui-là même qui ne les autorise pas à vivre dans leurs pauvres baraquements et cherche à les en déloger.

L'implantation locale du programme national rencontre inéluctablement des difficultés qui ne peuvent être résolues qu'au niveau étatique. Or bien souvent, certains États comme l'Amapá attendent naïvement des réponses toutes prêtes qui, cela va de soi, ne viendront jamais. Cette attente se transforme en prétexte à laisser les choses s'étioler. Les enjeux que représentent les interventions auprès des populations indigènes représentent un cas extrême, illustratif de la politique du non-dit et de la difficulté des gouvernements régionaux à concilier logiques politiques et logiques sanitaires.

Le sida chez les populations indigènes : une question politique éludée

Cinq groupes ethniques peuplent le centre et le nord de l'Amapá[62]. Quatre autres, seulement accessibles par voie aérienne, habitent au nord du parc Tumucumac, à la lisière du Surinam et de la pointe sud occidentale de la Guyane. Quelques populations indigènes sont géographiquement isolées en Guyane française, notamment les Wayana, les Wayãpi et les Émérillons qui résident sur les rives des fleuves frontières alors que d'autres Amérindiens vivent sur la bande littorale et cohabitent avec la société créole et blanche. Au total, 10 000 Indiens vivent en Amapá et dans le nord-est du Pará, et un peu plus de 6000 sur le territoire français. Ces derniers présentent des degrés d'acculturation plus ou moins prononcés. Des politiques radicalement opposées concernent la question indigène[63]. Alors que la France adopte une politique d'assimilation qui force les Indiens à apprendre le français dès le primaire et leur concède tous les avantages sociaux comme le RMI et les allocations familiales, les Brésiliens développent une attitude protectionniste visant à préserver les Indiens et leur culture : démarcation des territoires, préservation des langues vernaculaires, soutien à la gestion de leur insertion dans le monde moderne, reconnaissance de leurs droits (Arnaud, 1959 ; Menget, 1989). Chacun des systèmes présente des avantages et des inconvénients et il serait trop long et hors de propos d'en débattre ici : Schématiquement, les Indiens au Brésil sont sous tutelle et ne disposent pas d'un libre arbitre total comme pour l'administration de leur terre qui reste inaliénable. A l'inverse en Guyane française, leur identité se noie progressivement dans les méandres de la vie moderne et pose de sérieux problèmes sociaux dans les villages où alcoolisme[64], abandon des traditions et situation d'assistanat sont monnaie courante. Un point commun, quelle que soit leur localisation et leur particularité socioculturelle, réside dans leur grande mobilité spatiale et leur fréquent contact avec le reste de la société ainsi qu'il a été montré dans le chapitre cinq

La santé des populations indigènes au Brésil est l'objet d'une attention spéciale (Verani, 1999). Elle dépend d'un service de santé autonome. Les premières données concernant la surveillance épidémiologique des cas de sida chez les Indiens ont été tardivement rendues publiques. Officiellement il y aurait 38 Indiens dans tout le pays à recevoir le cocktail thérapeutique en 2001. Naturellement, les études se penchant sur les situations de vulnérabilité laissent penser à des chiffres nettement supérieurs (Léonardi, 2000). La politique de santé qui entoure la question indigène relève d'un domaine extrêmement sensible, tout spécifiquement dans le Nord où plusieurs ethnies habitent à proximité de la zone interfrontalière, parfois des deux côtés. C'est le cas des populations indigènes de la région d'Oyapoque (plus de 6000 du côté brésilien et environ 2000 du côté français), des peuples Tiryió et Wayana dont les premiers conservent de la parenté au Surinam et les seconds sur les berges du fleuve Maroni en Guyane française. Il en va de même des Waiãpi, de souche linguistique Tupi, dont une partie récemment contactée par le monde des Blancs en 1973 s'est établie suite à des migrations successives depuis le Sud du pays sur des terres maintenant démarquées au centre de l'Amapá (Gallois, 1986), tandis qu'une autre faction habite en Guyane française sur les berges du

[62] Voir Instituto socioambiental (1996).
[63] Pour une étude comparative sur la politique indigéniste entre trois pays, voir Baines (1999).
[64] L'alcoolisme se répand également chez les populations indigènes au Brésil, à tel point qu'un séminaire dont les actes furent publié a abordé exclusivement cette question (Ministério da Saúde, 1996)

fleuve Oyapoque. Les Palikur sont également répartis entre la France et le Brésil depuis plusieurs générations et continuent à entretenir des liens étroits d'une rive à l'autre, en particulier par le biais des stratégies matrimoniales.

Les premiers Amérindiens recensés séropositifs dans la Région furent identifiés chez les Tiriyó du parc Tumucumac il y a une dizaine d'années. Au moins deux personnes sont décédées, tandis qu'une femme et son mari reçoivent la médication[65]. La révélation de Tiriyó séropositifs ne s'effectua pas sans encombre et suscita un scandale national suite à la façon dont s'est déroulé le dépistage : une équipe de la Coordination MST/sida accompagnée d'un biologiste se rendit sur place et pratiqua systématiquement le test à VIH chez les Indiens vivant à proximité de la mission religieuse, sans expliquer aux populations de quoi il en retournait. Les échantillons de sang furent ramenés à Macapá et testés avec le test Elisa. Quatre échantillons réagirent positivement. Comme à l'époque il n'existait pas de moyens pour confirmer la réaction avec le Western Blot à Macapá, le sang possiblement contaminé fut envoyé à Belém pour vérification. Les résultats ne vinrent jamais et les responsables de l'enquête épidémiologique se demandèrent s'il avait réellement été transmis à bonne adresse. Le biologiste, prévenant, avait conservé une partie du sang contaminé. Dépité par la négligence des autorités sanitaires, il envoya les quatre échantillons à l'un de ses collègues de l'Université de Berkeley. Deux spécimens furent confirmés séropositifs. Par une série de circonstances, la presse américaine s'empara de l'information et l'OMS en fut avertie… avant le gouvernement brésilien. Les retombées furent fracassantes : les responsables locaux furent démis de leur fonction et des sanctions furent retenues contre les protagonistes de l'initiative, accusés d'avoir violé les règles de l'éthique, sans avoir pris soin d'expliquer aux Tiriyó les objectifs de leur travail et sans avoir obtenu, en conséquence, leur consentement éclairé. Si les raisons évoquées sont légitimes, on est en droit de se demander pourquoi l'application du test sans avis préalable à des personnes non indiennes ne soulève pas le même tollé alors qu'une loi identique est censée s'appliquer à tout le monde (femmes enceintes par exemple). On voit clairement à travers cet évènement que la politique antisida envers les populations indigènes suscite facilement des polémiques, dépasse le cadre de la santé stricto sensu pour devenir une question de fierté nationale et, au bout du compte, condamne les Amérindiens à rester largement en dehors des interventions censées concerner tout citoyen brésilien[66].

Loin d'être banale, cette histoire a créé un précédent en Amapá et, jusqu'à une époque récente, quiconque évoquait le dépistage auprès des Indiens se voyait immédiatement menacé d'être un espion au service de l'étranger, un chercheur irrespectueux de l'éthique. La promotion du préservatif constituerait l'unique stratégie de prévention viable chez les Indiens. Et encore, sont-ils aptes à le comprendre ? S'il est vrai que le recueil du sang n'a pas été effectué avec toutes les conditions éthiques requises, il n'en reste pas moins que grâce à cette intervention « illégale » les deux Tiriyó contaminés purent recevoir la médication. Une jeune femme ne serait probablement pas en vie en 2003, à l'image de son mari décédé précocement, si elle n'avait pas été dépistée à ce moment-là.

La possibilité de l'existence du sida chez des populations reculées et localisées dans une zone frontalière ne représente pas un fait politiquement anodin. Quoi de plus édifiant que de s'entendre dire par les responsables locaux en Amapá que l'épidémie à VIH ne facilite pas les relations extérieures et que le sida s'exporte pas, d'où la nécessité de mettre un bémol aux rumeurs excessives qui courent au sujet des Indiens. De telles assertions reviennent à les laisser mourir en silence, même si la récupération politique de l'affaire par certains députés qui se découvrirent soudain une profonde compassion envers les Indiens est inévitable. Des communiqués de presse allèrent jusqu'à affirmer que

[65] Cette dernière a dû malgré tout partir pour Macapá. La version officielle stipulant que les structures de santé sont insuffisantes en dehors de celle établie par une mission franciscaine et des agents de santé parsemés dans les villages. L'autre interprétation, fournie personnellement par l'intéressée, serait que les autorités sanitaires, fortement soutenues par les pères de la mission religieuse, craignaient que la jeune femme (à la réputation de légèreté) ne dissémine impunément le virus aux hommes du village.

[66] Il existe dans d'autres États des programmes dirigés envers les populations indigènes. Voir Barbosa et al. (1998).

certaines ethnies comme les Tiriyó du Pará courraient le risque de disparaître rapidement à cause du sida[67], si rien n'était entrepris énergiquement.

La réponse gouvernementale en Amapá fut d'adopter une politique de déni et, pire encore, de ne pas chercher à promouvoir la prévention du sida et des MST auprès des populations indigènes[68], au moment où de plus en plus d'indications tendaient à prouver l'existence de cas suspects mais jamais vérifiés. Le gouvernement local fit tout pour minimiser l'accès au dépistage desdites populations, si ce n'est le verrouiller. Par ailleurs, certaines personnes travaillant de longue date avec les Indiens brésiliens d'Oyapoque font état des barrages auxquels ils furent confrontés chaque fois qu'ils tentèrent d'envoyer un malade présentant les manifestations cliniques d'un sida déclaré. Un professionnel de la santé indigène préférant garder l'anonymat a même avancé que plusieurs personnes sont décédées sans qu'il eût été possible de savoir si elles étaient contaminées par le sida, en dépit des tentatives isolées de médiation d'acteurs de santé dont les demandes restèrent sans réponse à Macapá.

D'autres indicateurs tendent également à montrer que le risque de transmission du sida est élevé : en 1997, une enquête systématique chez les Waiãpi (auprès de 400 adolescents et adultes) du côté brésilien révéla que 70% des personnes en âge de procréer étaient atteints d'une MST plus ou moins grave[69]. Une seconde étude plus récente réalisée au début de l'année 2001 chez les Galibi d'Oyapoque va dans le même sens. Sur un échantillon de 130 femmes habitant un grand village au sud de la ville d'Oyapoque, près de 90 présentaient les signes cliniques d'une maladie vénérienne. Sans savoir pourquoi, seulement trois hommes ont été inclus dans l'échantillon[70]. Or on sait que ces derniers se rendent dans les villes et prennent part à de nouvelles activités telles que visite des prostituées et l'orpaillage.

Récemment en 2002, la politique de silence des autorités sanitaires de l'Amapá fut battue en brèche par l'annonce de personnes séropositives dans la région d'Oyapoque. L'élément déclencheur fut l'identification d'une femme Galibi qui mourut du sida en l'absence de prise ne charge entreprise à temps. Grâce à l'intervention énergique de représentants d'associations indiennes, le diagnostic a pu tout de même se réaliser. Du coup, l'accès jusque là refusé aux populations indiennes reçut une meilleure « complaisance ».

Du côté français, l'incidence de l'épidémie chez les populations indigènes commence enfin à attirer l'attention des services sanitaires implantés dans les villages (Dillies, 1985). Suite au dépistage systématique pratiqué chez les femmes enceintes dans le cadre de la PMI, plusieurs jeunes femmes Wayãpi ont été dépistées séropositives en 2002, alors que leurs époux sont séronégatifs. Le multipartenariat, le contact avec la population blanche et la proximité des zones d'orpaillage expliqueraient la recrudescence du sida dans ces villages relativement isolés mais en interaction permanente avec le monde extérieur.

En France comme au Brésil, des programmes spécifiques méritent d'être mis en place pour les populations indigènes. L'idée cogite depuis longtemps au Brésil et revient souvent à l'ordre du jour lors des séminaires nationaux. Encore faut-il que la mise en application des projets ne se heurte pas à des difficultés d'implantation locale et à l'incurie des administrateurs, à l'instar du projet Waiãpi en

[67] Ces discours mettent en avant les mœurs sexuelles particulières et la polygamie endémique des peuples indigènes.
[68] Une attitude gouvernementale plus courageuse, allant dans le sens des recommandations de l'Organisation Panaméricaine de Santé (OPAS, 1997), prévaut dans le Pará grâce à l'initiative personnelle de la coordinatrice générale qui encourage les populations indigènes du centre et du sud du Pará à réaliser, moyennant soutien logistique au début, leurs propres projets de prévention et de dépistage.
[69] Dépistage et information : Dr Maria Bittencourt.
[70] Les prêtres du CIMI qui réalisèrent l'enquête (mais gardent scrupuleusement les données secrètes) affirment que les hommes ne voulurent pas se prêter à l'examen clinique en raison de leur position sociale et des rapports de genre entretenus dans le village.

Amapá - au demeurant si plébiscité ! - portant sur la prévention des MST et du sida et dont une partie de l'argent inutilisé pour incompétence de gestion fut retourné aux sources…

Chapitre 12

Séropositivité et parcours des migrants brésiliens

(Frédéric Bourdier)

L'accès au dépistage constitue un temps fort dans la quête de soins dans la mesure où il permet l'identification du virus. Nul n'ignore que la démarche thérapeutique peut commencer avant le dépistage mais, étant moins axée sur le sida que sur ses symptômes dont on ignore encore la cause, elle aboutit au délai de la reconnaissance de l'inoculation du VIH. Au niveau collectif, plus grand est le retard dans le diagnostic, plus les possibilités de diffusion silencieuse de l'épidémie augmentent, tandis que diminuent les chances de prévenir l'évolution de la maladie chez l'individu. La gestion des pathologies opportunistes, des symptômes associés et du suivi médical se compliquent dans un contexte de mobilité spatiale, compte-tenu des contraintes de vie liées à la condition même de la situation précaire du migrant. Ce chapitre s'inscrit dans la trame de cette problématique. Il élargit l'éventail des facteurs non médicaux associés directement ou indirectement à la gestion du risque et au traitement de la maladie.

Au préalable, deux fragments de vie à valeur exemplaire vont être présentés. Ils ne représentent pas des cas extrêmes triés sur le tas mais des situations assez courantes observées dans le milieu enquêté. Les trajectoires sociales permettent de rendre compte de la complexité des phénomènes qui interagissent. Ils montrent que les comportements face à l'épidémie relèvent d'un processus social dynamique et non pas unilatéral et statique. La transcription de ces trajectoires nous amènera dans un second temps à envisager la façon dont le corps, la santé et la maladie sont perçus par les personnes contaminées et le reste de la société, professionnels de la santé compris. L'étude de ces représentations socioculturelles ne constitue pas un aboutissement mais une des portes d'entrée destinée à mieux cerner, dans un troisième temps, comment les individus en situation migratoire valorisent le corps, privilégient certains aspects de leur santé et appréhendent la maladie à l'intérieur d'une série hiérarchisée de priorités perçues. Les représentations véhiculées par les migrants s'insèrent dans la société et le milieu d'origine mais sont modelées par un ensemble de facteurs sociaux, économiques et légaux qui interfèrent en retour sur leur santé. Il jaillit de ces dynamiques sociales plusieurs contraintes qui pondèrent, limitent ou empêchent l'accès aux services de santé : elles seront envisagées en dernier lieu.

Trajectoires inachevées

L'exercice de la solidarité mis à l'épreuve

Le premier exemple retrace un itinéraire avant et après la connaissance du statut sérologique. Il fait part des circonstances sociales qui concourent à la mobilité spatiale et l'importance de la discrimination sociale et du maintien de l'observance thérapeutique dans ce processus. Une infirmière d'un centre de santé au Brésil, me présenta un jour une personne désirant s'entretenir avec moi. Felix, 32 ans, est un ancien travesti séropositif depuis huit ans. Il reçoit les ARV depuis cinq ans. Ayant été atteint par le cytomégalovirus, il prend désormais trois injections hebdomadaires de ganciclovir® pour éviter la propagation collatérale. Il est issu d'une famille aisée. Après avoir abandonné précocement l'école, Felix entra dans la prostitution à 11 ans. Quatre ans après, il passe *de garoto de programma* à travesti et se fait opérer à São Paulo où il élit domicile. Il est sollicité par une agence qui recrute des travestis et travaille également dans les night-clubs. Il connaît une existence nocturne, s'adonne à la boisson et aux plaisirs les plus divers. Dans ses relations sexuelles, il est toujours passif et n'a jamais connu de femmes. Jusqu'à 24 ans (1994), il n'a aucun partenaire fixe et utilise le préservatif seulement à la demande du client. Fatigué de cette vie éprouvante, il renonce à être travesti et se fait retirer la silicone. Désirant rompre avec son milieu, il remonte vers Belém puis va habiter à Santana (le port de l'Amapá) où il recommence à se prostituer grâce à ses contacts avec le milieu homosexuel. Il y reste deux ans, jusqu'au moment où il commence à être malade : perte de cheveux, fièvre, amaigrissement, faiblesse. Il assigne ces symptômes au climat malsain de la région. Il se contente de les soigner avec des « remèdes de maison » et reste persuadé que la chaleur joue un rôle déclencheur dans la maladie « sans nom » qui l'afflige. Ne constatant pas d'amélioration de sa santé générale, il revient à Belém où il se fait dépister suite à la suggestion réitérée d'un médecin. Il découvre ainsi sa séropositivité. Il tente un retour dans sa famille qui le répudie, non pas pour sa contamination par le virus mais pour sa vie marginale. A partir de ce moment, il s'estime définitivement rejeté et renonce à ses liens familiaux.

Sans ressources, il continue à se prostituer. Lors d'une passe, il rencontre un homme de cinq ans son aîné qui lui paie le double du tarif convenu et lui propose de venir vivre en sa compagnie. Alcir est infirmier, originaire d'une famille bourgeoise. Felix accepte de quitter le monde de la rue. Aussitôt en concubinage, Alcir trouve un autre appartement, se montre soucieux de fournir tout le confort et d'entretenir son partenaire. Rapidement, Felix ne tarde pas à déplorer le machisme d'Alcir, reconnaissant que ce dernier l'a littéralement acheté. Il n'est pas autorisé à sortir, sauf pour ses soins médicaux. Felix a dans l'idée de reprendre des études ou de trouver une occupation mais son compagnon tient à le garder comme « femme à la maison ». Au bout de huit années de vie commune, Felix se sent prisonnier et n'en peut plus. Son compagnon se montre extrêmement violent chaque fois que Felix tente de revendiquer un minimum d'autonomie et de liberté, et utilise autant la force physique (il me montre les cicatrices) que les mots les plus blessants. Il le traite régulièrement *d'aidético*[71] et de bon à rien, le ramenant sans cesse dans une position subordonnée. Il l'humilie devant ses amis qui proviennent tous d'un milieu aisé. Par contre, la famille d'Alcir lui montre de la compassion. Tous sont au courant de sa séropositivité et déplorent la façon dont leur propre fils le traite et l'exploite. Constatant que la situation affective empire, ils lui conseillent même en catimini de quitter leur rejeton qu'ils savent incapable de respecter la dignité d'autrui. En quête d'une reconnaissance sociale, ce dernier ne sait pas ou aller. Il envisage de retourner à São Paulo mais ne veut pas renouer avec le monde des travestis qu'il préfère éviter parce qu'il craint la discrimination (les remèdes découverts, les symptômes visibles, etc.) dans un univers social où les amitiés et la confiance existent peu selon lui. Il est toutefois prêt de recommencer à se prostituer, en l'absence d'autres perspectives. En même temps, il doit trouver un moyen pour observer scrupuleusement la médication (cytomégalovirus et sida) tout en changeant radicalement de vie sociale.

Félix vivait ce dilemme quand il me rencontra. Il m'avait déjà vu dans les locaux du centre de santé, fureter dans les dossiers et converser avec le personnel médical et les personnes séropositives. Apprenant ma citoyenneté française, il entreprend de me parler car il cherche des informations sur les conditions de prise en charge des malades du sida en Guyane et en Europe. Il a un ancien ami travesti de Belém qui travaille à Paris pour une agence de prostitution. Celui-ci lui parle des perspectives de

[71] Sidéen. Terme à connotation sociale très forte.

vie dans la capitale française, lui en brosse une image idéalisée et l'incite à le rejoindre. Felix ne l'a pas mis au courant de sa séropositivité (et ne veut pas lui dire par crainte de divulgation) et cherche donc à savoir par d'autres biais les conditions et les modalités de prise en charge des personnes contaminées étrangères. Il me demande s'il existe comme au Brésil des maisons de passage accueillant les personnes malades et s'enquiert de savoir si le ganciclovir® est disponible en gélules et non pas seulement en injection comme au Brésil. Documenté, il s'interroge sur le développement des traitements en Europe. Les avancées de la médecine ne bénéficient-elles pas aux malades plus rapidement qu'au Brésil ? Peut-on se porter volontaire pour des essais thérapeutiques et faciliter ainsi son insertion dans le pays ? L'idée serait de passer par une grande métropole du Sud, gagner rapidement de l'argent, obtenir un passeport et partir en France. Il cherche à contacter des ONG françaises travaillant sur le sida, au cas où il aurait besoin de soins et surtout pour savoir comment se procurer rapidement l'indispensable médicament pour éviter la propagation du cytomégalovirus. Il a également rencontré une autre de ses connaissances, un travesti vivant en Italie, qui revient régulièrement en hiver à Belém. Il lui a fait part de ses intentions de quitter le Brésil, prêt à s'investir dans n'importe quel travail domestique ou dans un salon de coiffure. Félix est à la recherche d'une sortie de secours lui permettant à la fois de quitter son compagnon et lui ouvrant de nouvelles perspectives de vie, le cas échéant lui fournissant une meilleure alternative thérapeutique. Sa stratégie est éminemment conditionnée par le maintien de sa santé et sa préoccupation majeure réside dans l'accès aux HAART et au ganciclovir®. Sa quête migratoire n'est pas récente. Il a déjà tenté de savoir s'il existe des accords entre les pays pour assurer le transfert de la prise en charge. Son projet est réfléchi et ne relève absolument pas d'un coup de tête imprévisible, même s'il reste difficilement réalisable. Félix se sent plein de potentialités, a conscience des atouts qu'il peut tirer de son physique et collecte parcimonieusement toute information en étant soucieux de les vérifier, la question étant de savoir s'il peut émigrer dans de bonnes conditions.

Repousser la maladie à tout prix

Le second témoignage montre en quoi l'annonce de la séropositivité, vécue comme un défi, induit une série de migrations en chaîne et une attitude permanente de déni face à l'existence du virus. Il évoque *in fine* les comportements exprimés en guise de protestation vis-à-vis du contrôle social exercé par les intervenants de la lutte contre le sida. Toni a 24 ans quand il découvre qu'il est porteur du VIH. Sans famille et originaire du Nordeste, il entre très tôt dans le monde du travail et exerce les métiers les plus divers. Il voyage dans plusieurs États du pays. Ayant entendu parler de la Guyane, il se rend en Amapá où il séjourne quelque temps avec une jeune femme rencontrée sur le bateau qui fait la traversée Belém/Macapá. Entre temps, il développe une MST. Il attend qu'elle passe naturellement et tente en vain de la soigner par des remèdes familiaux. Finalement, il se rend au centre de référence où un dépistage pour le sida lui est proposé. Il apprend sa séropositivité trois mois après. Il quitte derechef la ville de Macapá pour « s'endurcir afin de ne pas laisser son corps flétrir ». Il va dans l'île de Marajó, située dans le delta de l'Amazone, et travaille ça et là dans la maçonnerie puis dans des fermes. Il se lance ensuite dans le commerce du bois. Il se construit une cabane et vit plusieurs mois à la façon d'un *ribeirinho* près des berges du fleuve.

Rétrospectivement, il affirme avec fierté ne pas s'être occupé de l'existence du virus durant les années qui suivent et n'avoir jamais comparu dans un centre de santé. Apparemment enclin à afficher une certaine distance vis-à-vis de la maladie, il ne se préoccupe pas de savoir où en est le risque d'évolution du sida déclaré dont on lui avait parlé. Refusant de s'enliser dans un discours plaignant et hypocondriaque, il préfère ajuster sa vie au prix de la recherche d'un équilibre entre santé mentale et santé physique. Dans son discours sur la maladie, un fait mérite que l'on s'y arrête. Toni parle avec emphase de l'expérience de ses deux paludismes, expliquant avec ostentation la manière dont il est sorti indemne, sans recours à la médecine moderne. Par contre, il aborde bien plus difficilement l'épisode de la pneumonie qu'il attrapa en travaillant dans le bois. L'apparition de celle-ci est pourtant déterminante : c'est suite à cette pathologie qu'il se rend à Macapá dans le service des maladies

infectieuses et qu'il sera pour la première fois depuis l'annonce de sa séropositivité confronté à l'existence du sida déclaré.

Et encore. Toni s'interdit d'établir un quelconque rapport entre la pneumonie et le syndrome d'immunodéficience acquise. Il sait que l'association est fréquente chez de nombreux malades du sida, mais, dans son cas, un agent causal bien palpable sert de paravent : il a attrapé une pneumonie, à l'image des forestiers, car il est en contact avec le bois humide mais pas à cause d'un système immunitaire affaibli. Le refus d'associer maladie opportuniste et sida déclaré va se confirmer quelques mois plus tard par les résultats encourageants de la charge virale et des cellules T4. Cela confère la preuve à Toni que le virus ne s'est pas développé depuis la dizaine d'années qu'il connaît sa séropositivité. Il reste en bonne santé et la pneumonie ne s'inscrit aucunement dans la trame de l'évolution de la maladie. Au plus un épisode dont l'origine professionnelle est concrètement établie. Il reçoit la trithérapie mais la considère comme un simple adjuvant préventif à l'évolution, le principal étant de ne pas s'affoler, de rester psychologiquement serein. Il n'est pourtant pas certain que Toni est convaincu dans son for intérieur que tout aille bien, car il repousse chaque fois l'échéance quand il s'agit de d'effectuer de nouveaux examens sanguins pour mesurer la charge virale et les T4.

Un jour, fatigué d'écouter les injonctions paternalistes et moralisantes des acteurs de santé, il décide de partir pour réaliser son vieux rêve de travail - et d'aventure - en Guyane française et au Surinam. A Oyapoque, il se renseigne sur les opportunités d'emploi dans l'orpaillage puis traverse le fleuve et arrive par pirogue jusqu'à un des multiples sites aurifères qui jonchent les affluents de la rivière principale. Il y réside peu de temps car il contracte le paludisme et doit rebrousser chemin jusqu'à Macapá où il sera interné à l'hôpital public. Ce qui le contrarie, c'est moins d'avoir souffert du paludisme que de l'avoir attrapé si facilement. Pire encore, ses compatriotes brésiliens dans le placer s'opposèrent à sa présence, l'estimant inapte à affronter les conditions draconiennes de vie locale. Honte ultime, le rejet des autres l'assigne cette fois-ci d'un cran supérieur dans la maladie. Une fois rétabli, il décide encore une fois de ne pas s'enliser dans la vie citadine. Une tentative ultérieure de se rendre au Roraima pour passer plus facilement au Surinam afin de pénétrer par le côté ouest de la Guyane Française achoppe au dernier moment. Physiquement fragilisé et résigné à s'établir dans la capitale Macapá, son attitude change et il accepte avec une nonchalance déconcertante la présence du virus. En contrepartie, il s'affiche en porte à faux avec l'association des séropositifs et l'équipe de la Coordination MST/sida. Toute recommandation, au regard de son comportement de défi, se tourne en injonction et lui devient insupportable.

Les implications sociales de son attitude rebelle n'en sont pas moins retentissantes. Il se met en quête de prendre le mal à la racine et de rechercher la cause de sa contamination par le VIH. Fatalement, Toni en arrive à la conclusion irréfutable que ses anciennes conquêtes féminines sont à l'origine de sa perdition. Poussant plus loin ses investigations imaginaires, il va jusqu'à identifier la principale suspecte. Il en dresse un portrait impitoyable et commence à se convaincre que la transmission du virus fut intentionnelle. Une femme qui voulu le retenir sans y parvenir lui inocula le VIH. Maudissant à rebours cette partenaire sexuelle, il se sent animé par un violent désir de vengeance. Poussant jusqu'au bout l'implacable logique du don et du contre-don, il entend redonner le virus… à ses nouvelles conquêtes. Les écarts entre l'intentionnalité et les actes se réduisent. Preuve en est qu'une de ses amies récentes ira demander le test quand elle apprendra la séropositivité que Toni lui avait dissimulé. Face à sa dérive, Toni est seul. Les services sociaux de la Coordination MST/sida le redoutent comme la peste et certaines personnes le considèrent comme un danger public alors que lui-même est en péril. L'absence d'interaction avec du personnel qualifié, qui pourtant existe, l'enfonce toujours plus loin dans une sorte de démence et il lui arrive par intermittence de ne pas prendre correctement ses médicaments, pour se prouver qu'il n'en a pas besoin, qu'il est suffisamment robuste. Et si, après tout, le sida était une invention du corps médical, avance-t-il de façon comminatoire ? N'étant pas aussi fort qu'il s'efforce de le montrer, il apparaît un autre jour à la Coordination en suppliant de l'aide. En même temps, il veut repartir, comme si la fuite dans un ailleurs imaginaire autorisait une rémission face à l'épreuve du sida qui le diminue psychologiquement. Mais

chaque fois ses rêves de voyage dans des territoires imaginaires se terminent par des trajectoires inachevées qui le ramènent à sa réalité sociale qu'il peut de moins en mois affronter seul.

Représentations du corps, de la santé et de la maladie

Deux trajectoires mouvementées qui montrent, chacune à leur manière, les enjeux de l'annonce de la séropositivité. Enjeux de survie puisque chacun doit continuer à affronter les contraintes de la vie quotidienne avec une épée de Damoclès sur la tête. Enjeux de discrimination car il est dangereux d'être socialement repéré en tant que porteur du VIH, à plus forte raison quand on est détaché de son milieu familier ou en situation irrégulière hors de son pays. Enjeux sociofamiliaux dans la mesure où les liens tissés avec un partenaire et des compagnons de travail risquent de s'en trouver profondément affectés. Mais aussi enjeux de pouvoir, et plus précisément de refus de subordination avec les acteurs de santé. Car le corps médical, animé par une bonne volonté, accentue le contrôle et incite les individus à adhérer à des consignes d'hygiène moral et physique vraisemblablement non respectées dans le passé (ne plus avoir de relations sexuelles non protégées, éviter de procréer, ne pas allaiter son nourrisson, adopter une vie régulière, manger sainement, ne pas boire et ne pas fumer). En outre, il n'est pas rare que les personnes contaminées réagissent avec une défiance non dissimulée vis-à-vis d'une dynamique de dépendance exigeant un suivi médical et des tests réguliers alors que les prestations reçues en retour traduisent une gestion inadéquate des soins (retard dans les diagnostics, relation fugace avec le médecin, pénurie de médicaments essentiels – en dehors des antirétroviraux - au Brésil, etc.). S'enfuir pour faire mine d'oublier, différer la prise de médicaments et ne pas se plier aux horaires imposés : ces comportements traduisent chez Toni le refus d'adhérer sans réserve aux recommandations médicales. Négation de l'ordre établi, associée à une critique de la façon administrative et un peu sèche de traiter les gens. Dans ces conditions, partir revient à laisser derrière soi un peu des conséquences sociales de la maladie.

La réaction des populations migrantes précarisées face aux problèmes de santé dépend de facteurs dont les poids respectifs varient en fonction des contextes et des cultures. Au Brésil il est impossible de faire l'impasse sur la manière dont le corps est perçu. La plupart des migrants qui circulent en Amazonie orientale ainsi que la grande majorité des immigrés de langue lusophone en Guyane ne sont pas des gens bardés de diplôme et rien de plus éloigné de leur stratégie que de se présenter avec leur Curriculum Vitae devant un employeur. Ils apportent avec eux une pratique, un savoir-faire et une force physique qui constituent leur carte maîtresse. La société guyanaise leur reconnaît cette particularité d'être des travailleurs résolus ne reculant pas devant l'effort, capables d'une endurance étonnante. Les parcours de plusieurs jours que les Brésiliens, hommes et femmes, endurent en solo ou en petit groupe dans la forêt avec comme seule nourriture quelques poignées de farine de manioc et un peu de viande séchée suscitent le respect de tous. Car ce sont bien les seuls à réaliser une telle prouesse et à la répéter autant que nécessaire. Dans ce contexte, l'enveloppe charnelle est plus qu'une valeur : c'est une garantie, un atout, un passeport. Le corps envisagé comme un instrument de travail devient un facteur déterminant dans la représentation de la santé. C'est un capital, une ressource, un avenir. Vu ces circonstances, on aurait pu s'attendre à une meilleure attention, à un souci de prévenir les désordres biologiques avec une rationalité qui se rapprocherait des consignes normatives érigées en matière de santé publique. Mais une autre logique se met en place.

Une des idées motrices est que l'esprit ne doit pas laisser commander le corps, au risque de le fragiliser. Malléabilité inacceptable pour quelqu'un ayant besoin à contrario d'une résistance à toute épreuve. On évite de parler du corps affaibli, on minimise les douleurs qui en émanent. Combien de Brésiliens vivant en forêt, « à la dure », plaisantent sur le dos de leurs semblables en « col blanc », confortablement installés dans les villes et si facilement enclins à se rendre à l'hôpital au moindre bobo. Ce n'est pas un hasard si Daniela Knauth (1998) observe des attitudes similaires chez les femmes séropositives d'une favela dans une grande ville du Sud brésilien : sollicitée pour participer à des séances psychothérapeutiques, la population féminine objecte de ne pas avoir le temps ni les

moyens d'envisager si le moral va bien ou pas. L'ampleur des tâches quotidiennes et les difficultés permanentes de survie au sein d'un foyer éclaté dont elles sont à bien des égards responsables du fonctionnement les rend circonspectes au regard de la relation intentée par le personnel de santé qu'elles préfèrent côtoyer en se limitant à la remise des médicaments. L'auteur néglige toutefois de souligner qu'au-delà des mots, le discours revêt une dimension éminemment sociopolitique du corps. Le propos des femmes débouche sur la remise en question d'une société inégalitaire (on délaisse les pauvres), du rapport entre les sexes (sans l'épouse, l'édifice familiale s'effondre) et, plus largement, de l'attitude pragmatique de la femme confrontée à la maladie (pas d'autres alternatives que de rester forte et d'agir comme si de rien n'était).

La signification de ce discours féminin rejoint les paroles des immigrés qui valorisent les exploits de vie en autarcie, l'abnégation face à la douleur et la valorisation d'un certain esprit aventureux et téméraire. En ce sens, le corps est plus qu'un véhicule : il incarne le principal moteur de la force de l'être humain et il n'est guère permis de le laisser s'embrumer dans les vapeurs délétères du tourment. Réciproquement, l'affermissement du corps est inséparable d'un esprit vaillant. La stabilité psychologique de l'individu compte énormément pour le maintien de la santé. Si l'exemple de Toni cité plus haut montrait l'utilisation du corps en tant que moyen de protestation envers le contrôle social exercé par les intervenants de la lutte contre le sida, celui de Felix évoquait quant à lui le corps fragilisé mais seul moyen concret pour sortir de sa condition.

Les propos d'une autre personne, Gabrielo, synthétisent ces conceptions et évoquent clairement une manière de refuser l'affaiblissement du corps. Après avoir sillonné le Pará, il travaille en Amapá dans divers sites d'orpaillage, alternant avec une foule de petits métiers. Au grès des rencontres, il apprend que le territoire au-delà de l'Oyapock, c'est-à-dire la Guyane française, est davantage pourvu en or que le côté brésilien. Attiré par la vie en forêt, muni de son expérience et sûr de lui car il ne tombe jamais malade, il part sans avoir de point de chute. La première fois, il prend un bateau qui le dépose avec d'autres passagers clandestins sur une plage du littoral près de Cayenne. Il se rend dans un des quartiers fréquentés par des Brésiliens où il s'informe des lieux et des moyens pour pénétrer les zones aurifères. Accompagné initialement d'un compère, il continue seul ses pérégrinations dans la région aurifère de Saint-Élie, au sud-ouest de la capitale, puis sur les berges de l'Approuague au sud de la ville de Regina. Furetant ici et là, il apprend à se repérer, à connaître les sentes et les layons qui débouchent sur le fleuve Oyapock délimitant la frontière. Il découvre puis exploite de nombreux petits gisements, attribuant son succès dans ce milieu hostile à sa persévérance infaillible. Contrairement aux individus qu'il dénomme imprévisibles et inconstants, être un *homen de opinião* (un homme de caractère, sachant ce qu'il veut) est une condition nécessaire pour réussir, affirme-t-il. Les premières années, il retourne périodiquement au Brésil, sans pour autant dépasser Oyapoque, pour retrouver sa maîtresse, à moins qu'il ne préfère, histoire de changer de compagnie, se rendre à Vila Brasil, une petite bourgade que des négociants brésiliens créèrent sur la berge opposée du village indien de Camopi, où tout est prévu pour faciliter la dépense de l'argent des Waiãipi français touchant le RMI et accueillir l'or des garimpeiros : officines d'alcool, bars, pharmacies, épiceries, magasins d'équipement d'orpaillage et, de temps à autre, représentants d'une Église pentecôtiste pour le salut de l'âme. Une dizaine d'années plus tard, Gabrielo commence à se sentir affaibli constamment, en proie à des céphalées. Il pense à une anémie.

L'anémie est en effet la seule maladie qui l'inquiète durablement car elle implique un affaiblissement du corps. Une visite rapide dans un centre de santé guyanais renforce son doute, bien qu'aucune analyse médicale ne le confirme. Le diagnostic intuitif du personnel de santé repose sur l'idée que les chercheurs d'or travaillant seuls ou en petits comités disposent de très peu de stock de nourriture (farine de manioc, viande salée, sucre, café) et se sustentent chichement des rares produits de la chasse et de la cueillette. En dépit d'une alimentation restreinte, les orpailleurs et les travailleurs de force estiment compenser une déficience nutritionnelle dont ils sont conscients grâce à un sang « fort ». Un sang fort est un sang qui circule constamment dans le corps grâce à une activité physique soutenue. Inversement, un sang faible ou atone est un sang qui circule insuffisamment. Le mouvement du corps procure au sang, perçu comme une substance qui s'enrichit, l'énergie nécessaire pour qu'en

retour celui-ci puisse renforcer le physique et la résistance déployée. Étant donné sa robustesse, Gabrielo a donc le sentiment d'avoir acquis une immunité naturelle. D'ailleurs, n'est-il pas toujours passé entre les mailles des anophèles ? Nonobstant, quand le corps accumulé par la fatigue ne répond plus, il retourne se faire ausculter par les services de santé de Regina qui ne trouvent rien de grave. Après maintes tergiversations, quand il n'a d'autres choix que de demeurer périodiquement alité dans son hamac de fortune, il se rend à Oyapoque. Il y passe plus d'une année, à recevoir irrégulièrement des traitements pour sa faiblesse récurrente, fermement convaincu qu'il s'agit d'une anémie persistante. Un jour, grande première : l'équipe de santé de la Coordination MST/sida de Macapá vient pratiquer un dépistage systématique auprès de tous les malades « présentant des symptômes suspects » et auprès de la population prétendument à risque. Gabriel prend ainsi connaissance de sa séropositivité, mais seulement cinq mois plus tard, une fois son état nettement aggravé, et sans compter l'année passée à végéter dans les services de santé peu compétents et sous équipés d'Oyapoque. Finalement, il est transféré en piteux état à l'hôpital général de Macapá où il recevra les antirétroviraux et sera pris en charge par l'ONG qui fait maison d'accueil.

Ces représentations versatiles du corps, conditionnées par la qualité du sang et son mouvement perpétuel, sont indissociables de la représentation de la santé et de la maladie dans le contexte brésilien. Il est impossible de définir l'un sans l'autre, pas plus qu'il n'est adéquat de les traiter séparément. L'idée « d'Être en bonne santé » est intimement liée au bon fonctionnement du corps, à l'expression de ses prouesses, à la démonstration de sa fiabilité et de sa capacité à surmonter les aléas physiques. La maladie invalidante, ne serait-ce que par intermittence, aussi bien que l'affection qui ralentit le potentiel d'activité du corps, apparaît comme une épreuve déterminante. Plus que tous les autres symptômes, l'immobilisation, la paralysie et l'ankylose déterminent la vraie maladie redoutée. Les trajectoires de Gabriel et Toni montrent la voie choisie destinée à rompre l'enfermement dans ce qu'ils considèrent tous deux, exprimé différemment mais tiré d'un fond culturel commun, comme étant le cercle vicieux de la maladie. Il s'agit de rétablir la dialectique du corps fort et de la bonne santé : ne pas se laisser emporter par les symptômes et encore moins se confiner dans le repos, mais au contraire réagir comme une personne saine et en forme, reprendre dès que possible ses activités physiques sans lésiner sur l'effort. Ce dernier est plus que réparateur, il est constitutif de l'intégrité physique de la personne, il participe au mouvement du sang qui véhicule la force vitale.

A la lueur de ces manières d'envisager le corps et son fonctionnement, il devient difficile d'assimiler systématiquement les comportements des migrants travailleurs à un manque de souci de leur propre santé, voire à une attitude irrationnelle de déni face à la maladie comme il est souvent avancé par le corps médical. Les migrants réagissent en fonction de leurs propres catégories de pensée. Se défendre envers une affection consiste à la prendre à rebours, à lutter contre elle en développant une immunité naturelle grâce à une activité corporelle régénératrice. Ce que les uns considèrent comme des facteurs susceptibles d'aggraver un état physiologique (le corps médical), d'autres l'envisagent comme une réponse adaptée à leur passagère faiblesse (les migrants travailleurs).

La manière dont sont perçus le corps, la maladie et la santé constitue une toile de fond, reconnue et acceptée par une grande majorité, mais elle peut subir évidemment des inflexions en fonction des valeurs et des notions véhiculées par la biomédecine qui interfèrent dans la vie des individus (message de prévention, interférences culturelles, relations avec le corps médical, etc.). Les mondes s'entrechoquent selon la tendance plus ou moins abrupte de présenter les consignes médicales préventives et curatives et il n'est pas rare que les recommandations prophylactiques achoppent si elles ne tiennent pas compte des logiques socioculturelles des personnes à qui elles s'adressent. Deux exemples : de nombreux chercheurs d'or en Guyane ne mettent pas de moustiquaires et n' utilisent pas de préservatifs lors des rapports sexuels dans les sites d'exploitation. Inconscience ? Sous-information ? La théorie médicale tend vers ces affirmations et se fait donc un devoir, certes justifié, de sensibiliser les populations envers ces deux risques. Mais ce légitime souci de rectifier le tir demeure ambigu. Il ne s'inquiète pas de décrypter les motivations profondes qui animent les populations résidant temporairement dans la forêt et qui affichent leurs multiples activités physiques comme autant de moyens de s'affranchir de la maladie, en tout cas celles qui risquent de se

transformer en pathologies invalidantes. Combien de fois a-t-on entendu dire en catimini (car ces hommes ne sont pas dupes des campagnes de prévention auxquelles ils assistent à la radio et à la télévision) qu'un individu « fort » n'a pas besoin de préservatif car il sait se défendre contre les invasions du virus. Une logique similaire est empruntée à l'égard du paludisme : les piqûres d'un moustique porteur du *vivax* ou du *falciparum* provoquent un effet moindre chez un individu en pleine force. C'est ce qu'essaie de dire Toni quand il affirme avec orgueil avoir réussi à évacuer rapidement ses deux premiers paludismes. C'est ce envers quoi il désespère quand il constate que son troisième paludisme est non seulement contracté très rapidement mais aussi immobilisant : il ne peut plus travailler et doit rebrousser chemin. Il se sent vaincu.

Les représentations culturelles mises à jour chez les migrants fournissent un ensemble de facteurs pertinents mais insuffisants pour expliquer les comportements de santé dans leur ensemble. On ne saurait en effet rapporter toutes les réactions face à une affection de santé comme le sida, dont tout le monde connaît le caractère létal, par la simple équation culture-santé. D'autres éléments interviennent, éventuellement plus déterminants, qui conditionnent les logiques de prévention aussi bien que la quête thérapeutique.

Régularisation et accès aux services de santé

On ne peut ignorer les conditions légales et socioéconomiques qui rendent possibles les pratiques de santé et orientent les réactions des individus face au dispositif sanitaire. La question fondamentale, déjà mentionnée dans les chapitres six et sept, concerne la prise en charge des sans-papiers conjointement à la menace d'expulsion du territoire qui pèse sur les immigrés clandestins. Pour répondre à ce questionnement, il est nécessaire dans un premier temps de rendre compte de la législation en vigueur puis d'examiner la façon dont elle est mise en pratique. En d'autres termes, jusqu'à quel point la loi est-elle appliquée dans le département français d'outre-mer ? Ensuite, l'interaction de l'individu avec les services de santé est conditionnée par ses modalités d'insertion au sein de réseaux associatifs, familiaux, sociaux, en dehors ou à l'intérieur d'une communauté d'immigrés. Il s'agira donc de passer en revue quelques-unes de ces modalités d'insertion susceptibles d'influencer les comportements de santé (accès aux soins de santé et dépistage).

Le droit des personnes séropositives en Guyane

La loi est claire. Se faire soigner en France est un droit, de même que recevoir des médicaments. Les hôpitaux publics ont en effet l'obligation d'accueillir toutes les personnes qui nécessitent des soins, quelle que soit leur situation administrative, et de délivrer des médicaments antirétroviraux (Moracchini, 2001 : 22). Étant donné les coûts d'une hospitalisation et le prix des ARV en Guyane française, il est compréhensible que l'hôpital cherche à se faire payer. Pour éviter que le montant de la facture soit demandé au malade, il est nécessaire de bénéficier d'un régime de protection sociale qui prendra en charge les dépenses de santé. Là encore, la loi et la réglementation le permettent dans tous les cas quand on réside sur le territoire français, même si l'on y réside depuis très peu de temps. Une condition toutefois : il est nécessaire d'avoir l'intention de rester dans le pays. Or la plupart des immigrés brésiliens clandestins ne rentrent pas dans cette catégorie puisque la plupart manifestent clairement leur volonté de rentrer au Brésil. Dans ces conditions, les hôpitaux sont toutefois tenus, ne serait-ce qu'éthiquement, d'accepter les cas d'urgence durant le temps nécessaire au rétablissement de la personne. Les immigrés sans titre de séjour mais qui ont l'intention de rester en Guyane doivent effectuer une demande d'aide médicale d'État par « une décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale » (article L. 125-1 du Code de l'Action sociale et des Familles). Les personnes essaieront d'obtenir un titre de séjour afin d'avoir droit à la sécurité sociale. Pour accéder à ces autorisations, les assistantes sociales des hôpitaux, les centres communaux d'action sociale dans les mairies ainsi que les associations sont censés aider les personnes étrangères dans leur démarche. Ce qui sont seulement de passage en Guyane française (tourisme, affaires, travail clandestin, etc.) n'ont

pas accès en principe à la protection sociale mais peuvent recevoir soins et médicaments à condition de les payer.

La maladie peut faciliter l'obtention de papiers attestant la régularisation de la personne. Les cartes de séjour permettent de travailler sur le territoire français. Les autorisations provisoires de séjour peuvent aussi donner ce droit mais cela dépend des préfectures : en Guyane française il est généralement refusé. Pour obtenir le RMI, il faut avoir passé trois années en France avec un titre de séjour valide. En revanche si l'état de santé le justifie, on peut demander l'AAH (allocation adulte handicapé) sans condition de durée de séjour en Guyane. Son obtention doit passer par l'avis d'un médecin agréé. La situation des immigrés en situation irrégulière est plus délicate mais elle n'est pas insoluble. Ils ne peuvent pas être affiliés à la sécurité sociale, même en étant ayant-droit d'un assuré social. Le seul recours consiste à demander l'AME. Cette aide médicale, dont la demande est à réitérer tous les ans, est destinée à permettre, sous condition de ressource, l'accès aux soins de personnes qui ne sont pas juridiquement en position de bénéficier de la CMU ou de la protection complémentaire en matière de santé. La prestation d'aide médicale d'État concerne les personnes de nationalité étrangère et les personnes à leur charge. Les conditions d'accès ne sont pas draconiennes, pour peu que les institutions ne fassent pas barrage. Il suffit d'avoir résidé trois ans sur le territoire de façon ininterrompue pour avoir droit à l'AME pour les soins donnés à l'hôpital public ou en médecine de ville[72]. Ceux qui ne résident pas depuis trois ans en Guyane ont tout de même droit à l'AME mais uniquement à l'hôpital public. Il est en général demandé de présenter les pièces justificatives d' identité (le passeport en Guyane). S'ils n'ont pas de papiers, les migrants doivent se les procurer dans leur consulat. Pour les autres attestations, les personnes qui ne peuvent pas présenter un des justificatifs demandés sont normalement autorisées à remplir une déclaration sur l'honneur. Cette dérogation ne marche guère en Guyane. En somme, l'AME est accessible à tout le monde qui arrive sur le territoire et qui a besoin de soins en dehors des touristes et des gens en transit : les personnes venant d'arriver et se disant décidés à y rester, celles dont le séjour a expiré ou qui sont sans papiers ainsi que les individus qui font l'objet du prononcé d'une mesure d'expulsion. Pour l'année 2001 il y a eu un total de 149 demandes de cartes de séjour tous pays et toutes maladies graves confondus en Guyane[73]. Sur ce total, 19 seulement ont été faites par des Brésiliens. Parmi ces 19 ; quatre ont été pour le sida et trois avis favorables ont été émis. En se restreignant au sida, la plupart des 140 dernières demandes de régularisation afférentes proviennent des Surinamais, des Haïtiens, des Guyaniens et ensuite des Brésiliens.

Inutile de dire qu'il est indispensable de recourir à des services sociaux ou des associations (Aides Guyane notamment) pour détenir une chance de voir aboutir la démarche. Mais le plus difficile est l'obtention du titre de séjour. Ce titre est fondamental car lui seul permet de sortir de la clandestinité et d'avoir le droit de travailler. Être malade ou asymptomatique pris en charge mais sans ressources et sans droits n'est pas une solution viable. Or depuis la loi Debré du 24 avril 1997, les étrangers malades sont protégés contre la reconduite à la frontière et l'expulsion. Une carte de séjour de un an, renouvelable indéfiniment, avec mention « vie privée et familiale » (pour ne pas stigmatiser la personne en pointant du doigt son état de santé) doit être délivrée par la préfecture. Elle n'est accordée qu'aux personnes dont la présence en France ne constitue pas un trouble pour l'ordre public. Les deux autres conditions à remplir sont de résider habituellement en France (par exemple un Brésilien qui habite à Oyapoque ne pourra pas bénéficier de l'AME à l'hôpital de Saint-Georges situé sur l'autre rive) et de faire impérativement l'objet d'une prise en charge médicale et de soins auxquels on ne pourrait pas accéder dans le pays dont on est originaire. La situation médicale est évaluée par le médecin de la DDASS à partir d'un rapport élaboré par un médecin hospitalier qui est habituellement le médecin traitant.

---

[72] Au moment où nous écrivons ces lignes en mars 2003, le gouvernement français a réformé l'AME. Désormais l'aide médicale État n'est plus gratuite : les personnes auront à prendre en charge le ticket modérateur ainsi que la partie hospitalière (de Brie, 2003). En d'autres termes, les plus pauvres vont devoir payer une partie des soins. Il est évident que cette mesure aura des effets dépréciatifs sur les migrants clandestins dont l'accès aux services de santé était déjà limité.

[73] Données de la DDASS, Benoît Coutrelle, février 2002.

Un parcours de combattant

Voilà donc en quelques mots l'état des lieux concernant les lois sur l'accès à la santé des migrants. Comme les données spécifiques concernant les immigrés clandestins sont quasi-inexistantes en Guyane française, il est impossible de connaître les particularités des relations entre fonctionnaires publics et population immigrée d'origine brésilienne à partir d'un échantillon représentatif. Les informations dont nous disposons proviennent de trois sources : les professionnels de santé, les immigrés clandestins rencontrés en Guyane, les Brésiliens séropositifs ayant séjourné en Guyane et rencontrés au Brésil par l'intermédiaire d'un réseau d'associations ou à Belém par la Coordination étatique MST/sida qui se montra extrêmement coopérative.

D'une manière générale, les problèmes majeurs rencontrés par les immigrés clandestins pour accéder aux soins de santé en Guyane sont la complexité des lois et plus particulièrement leur mauvaise application, le statut particulier et ambigu qui leur est conféré en tant que porteurs d'une maladie stigmatisée, les rapports pas toujours aisés entre soignants et soignés, l'insuffisance du secteur associatif, le manque d'informations des patients quant à leurs droits et devoirs[74], mais aussi le manque de directive claire dans la politique de santé renforcée par la mauvaise volonté de certains employés de l'État.

L'application des lois constitue le point le plus critique. Il convient de souligner au préalable qu'il n'existe pas en Guyane d'associations médicales susceptibles de prendre le relais de l'État, à l'image de ce qui existe en métropole avec la Croix Rouge et Médecins du Monde[75]. En l'absence de ces organisations bénévoles qui prennent en charge tout le monde et cette fois-ci sans aucune restriction, les personnes contaminées ne disposent pas d'autres choix que de se tourner vers la médecine privée (mais onéreuse) ou les services publics quand ils daignent faire de l'humanitaire. A la sortie des sans-papiers de l'hôpital, seule l'association Aides paye pour les remèdes antirétroviraux qui manqueraient éventuellement à la pharmacie de l'hôpital (ce qui est désormais extrêmement rare) ainsi que pour les affections opportunistes. Notons également qu'en Guyane aucun hôpital n'a mis en place une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), encore appelée « consultation de précarité », ouverte aux populations clandestines, à l'inverse de ce qui s'est développé dans certaines structures hospitalières en métropole. Soulignons qu'une telle négligence est étonnante étant donné la proportion des sans-papiers à Cayenne, Kourou et Saint-Laurent.

Disons d'emblée que le dispositif de lois qui protègent les étrangers malades est mal appliqué. Les mairies sont les plus habiles à passer sous silence certains de leurs devoirs. En outre, le personnel est souvent récalcitrant, peut aidant et parfois carrément raciste. Les fonctionnaires s'en défendent en disant qu'ils reçoivent des consignes mais l'argument est mince : accepter d'être le complice d'un détournement de la loi ne relève pas de l'éthique et encore moins de la légitimité professionnelle mais de la pleutrerie. Au mieux, les préfectures délivrent des autorisations provisoires de séjour précaires, au lieu d'une véritable carte de séjour avec mention « vie privée et familiale ». Au lieu de posséder un véritable document légal, les gens possèdent seulement un récépissé de séjour appelé autorisation provisoire de séjour[76](APS). Or cette APS n'a aucune valeur juridique et elle ne dure que trois mois. Muni de ce « faux vrai papier », la personne est donc seulement tolérée mais elle n'a aucun droit en dehors des droits médicaux. En dépit des efforts constants de l'association Aides-Guyane qui vieille à ce que de tels abus ne se produisent pas répétitivement, il existe toujours un pourcentage non négligeable de personnes qui sont victimes des préjugés xénophobes des personnes employées dans les administrations et ayant la possibilité, de par leur statut et en l'absence de tout contrôle extérieur,

[74] Droits et devoirs associés à la crainte d'être repéré et refoulé hors du département.
[75] En 2002, MDM avait envisagé la possibilité de lancer une action en Guyane, mais jusqu'à présent le projet reste en suspens (entretien personnel avec un médecin de MDM chargé d'évaluer la faisabilité d'implanter cette mission)
[76] La délivrance de ce papier était officiellement en vigueur jusqu'en 1997. Mais les autorités guyanaises ont continué bien après le changement de régime de prise en charge avec le passage de l'APS à l'AME.

d'entraver une véritable procédure de régularisation. Les difficultés d'accès aux droits sont donc liées tant à la mauvaise volonté et l'incurie des préfectures que celles des caisses de sécurité sociale. Notons que ce ne sont pas seulement des individus qu'il faut incriminer et dénoncer mais l'ensemble du système : car c'est la flexibilité du système français qui permet à certains fonctionnaires de laisser libre cours à ses convictions personnelles, quand bien même celles-ci constituent une entrave à la démocratie. Enfin, les retards, les atermoiements et les jurisprudences dans l'application des décrets sont fréquents dans le département exotique : par exemple ce n'est que depuis l'année 2000 que les étrangers régularisés ont droit à recevoir l'allocation adulte handicapé mais, contrairement à la métropole, il est exigé un taux d'invalidité supérieur ou égal à 80%.

Les justifications fournies par les fonctionnaires ne manquent pas d'imagination. Ainsi qu'il a été déjà mentionné, la première est que les lois de santé ne doivent pas être faites pour encourager les candidats à la migration. Selon les protagonistes de cette pensée, tout se passe comme si la santé n'était qu'un alibi pour les étrangers désireux de s'installer en Guyane. Une employée de la sécurité sociale de Cayenne s'opposait à la délivrance d'un numéro de sécurité sociale d'un étranger tant que celui-ci n'était pas malade, afin d'éviter d'initier le processus de revendication d'accès aux droits sociaux (« une fois commencé, *ils* [les étrangers] en veulent toujours plus »). Le deuxième argument stipule que le département français constitue un îlot de richesse entouré par le tiers-monde et qu'à cet égard les pressions subies aux frontières sont telles que les dispositions en vigueur en métropole sont difficilement applicables en Amérique du Sud. La Guyane est en état de siège et il faut la protéger. Des lois trop permissives risquent de provoquer des débordements migratoires incontrôlés qui mettraient en péril les acquis sociaux et les privilèges dont bénéficient la population locale et les personnes régularisées. Cet argument est tellement répandu qu'il en devient une banalité communément admise par la population et les élus. C'est oublier un peu vite, comme il a été expliqué en détail dans les chapitres deux et quatre, le joué rôle historique fondamental joué par les migrants dans le développement de la Guyane. Les Brésiliens continuent d'ailleurs à combler un manque endémique de main-d'œuvre en certains domaines et peu d'entre eux, au bout du compte, envisagent de s'installer dans le département. Qui plus est, la majorité des travailleurs n'est pas déclarée et ne bénéficie d'aucune couverture sociale. En outre, ceux qui sont embauchés légalement et paient des charges bénéficient rarement des avantages qui en découlent (assurance, sécurité sociale, allocation d'aide au logement, retraite) dans la mesure où ils quitteront le territoire une fois leur contrat achevé. Une troisième position, complémentaire aux deux premières, avance que c'est aux gouvernements des pays voisins à prendre en charge leurs ressortissants, y compris en matière de santé. On retrouve l'idée froide, simple et limpide qui nous fut formulée, entre autres, par une fonctionnaire de Saint-Georges que « la France ne peut pas être le dépôt des autres pays ». Or le Gouvernement français et plus particulièrement les élites politiques de Guyane oublient de rappeler qu'ils n'ont jamais tenté de rapprochement dans ce domaine afin d'élaborer, par exemple, des stratégies cohérentes dans un contexte de proximité frontalière. Plus insidieusement, le discours guyanais vis-à-vis de l'assistance exagérée envers les étrangers semble être la réplique de celui de la France à l'égard de la Guyane qui reste sous perfusion de la métropole. Tout se passe comme si, au regard de considérations historiques et coloniales, les populations guyanaises guidées par leurs élites tendaient à reproduire vis-à-vis des pays voisins les mêmes propos peu condescendants dont ils ont été victimes dans le passé récent par les métropolitains.

Enfin, un quatrième argument appelle à la raison économique. Pour nombre de décideurs, les budgets alloués pour la Guyane sont établis en fonction de la population résidante et un afflux de migrants clandestins vient considérablement grever lesdits financements. Les coûts de santé, pour ne parler que d'eux, sont énormes et si un sans-papiers reste une dizaine de jours à l'hôpital, qui va en essuyer les frais ? Hormis le fait que l'argument économique peut être remis en question par le principe d'équité, il n'est logique que dans l'apparence. Car la santé peut très bien être perçue comme un investissement, ainsi que l'ont amplement démontré plusieurs économistes de la santé. Et quand bien même cet investissement serait plus difficilement perceptible pour des personnes qui ne sont pas destinées à vivre sur le territoire national, il est absurde de dire que la santé des migrants clandestins a un coût supérieur par rapport à celle des non clandestins. Cela laisse supposer que les soins conférés

aux migrants sont plus onéreux car ils ne sont pas pris en charge par les services sociaux locaux ou régionaux. Or en se plaçant à une échelle globale, le caractère fallacieux de ces arguties est facilement mis à plat : dans des conditions identiques de traitement et de prise en charge, les coûts de santé restent les mêmes. Seule diffère la source ultime du paiement, mais au départ c'est l'État, donc les citoyens : une caisse de sécurité sociale, un hôpital public sur ses fonds propres, un autre organisme public.

Il a été dit que les institutions son malléables. Les personnes qui évaluent les aspects administratifs de la demande de séjour ou de la prise en charge interprètent la loi de façon variable et parfois ne la respectent pas, tout en y trouvant des justifications imparables. Des observations similaires ont été enregistrées en France métropolitaine, mais se retrouvent avec davantage d'acuité en Guyane (Act Up-Paris, article112.html ; Brézovsek, 2001). Les pratiques courantes de délai de réponse, de demande de papiers non obligatoires, de report de rendez-vous, de refus de concéder une information claire, sans parler des commentaires inquisiteurs constituent ce qu'il convient d'appeler le harassement administratif dont est victime une partie non négligeable de la population clandestine en cours de régularisation. A titre d'exemple, nous avons vu qu'une des exigences pour recevoir l'AME est de ne pas être considéré comme perturbant l'ordre public. Sans évoquer la légitimité de la clause, force est de reconnaître que son interprétation est extrêmement sujette à caution : à partir de quand un individu trouble-t-il l'ordre public ? Est-il justifié qu'une femme brésilienne arrêtée pour revente illégale de sous-vêtements soit incluse dans cette catégorie ? Le paradoxe n'atteint-il pas son comble quand un individu clandestin multirécidiviste emprisonné pour absence de présentation de papiers à la maison d'arrêt de Cayenne devient étiqueté comme fauteur d'ordre public ? Dans un autre registre, il arrive que les autorités « mystérieusement » au courant de la situation clandestine du malade, profitent du laps de temps exagéré pour l'aboutissement de la demande d'aide APS ou AME pour renvoyer ou expulser la personne dans son pays d'origine. S'il est vrai que la personne peut avoir recours dans son pays d'origine au Conseil de l'Europe pour non-assistance à personne en danger (non-dotation de la trithérapie), dans la pratique cela s'avère difficile et quasiment irréalisable.

Une question méritant d'être soulevée concerne l'acheminement des patients développant une maladie opportuniste vers les hôpitaux de Cayenne ou de Saint Laurent. Plusieurs expériences traumatisantes d'isolement, de condition précaire de suivi, de communication imparfaite, d'alimentation inhabituelle, de rapport difficile avec un personnel hospitalier techniquement efficace mais n'ayant pas toujours les ressources humaines pour négocier ont créé des précédents. Ayant expérimenté de telles conditions, le patient peut être amené à ne pas réitérer sa venue à l'hôpital, à préférer d'autres alternatives de recours et par conséquent à modifier son itinéraire thérapeutique moyennant un arrêt possible de la trithérapie. Sans parler que l'histoire peut faire tâche d'huile dans son environnement immédiat et renforcer les réticences d'autres personnes à venir se faire traiter ou dépister à l'hôpital tant que rien de grave ne survient.

L'accès des Brésiliens séropositifs aux services de santé

Les immigrés en Guyane française, avec ou sans papiers, ont légalement accès à la trithérapie. Les Brésiliens catégorisés comme clandestins constituent un cas à part puisque leur pays fournit les remèdes antirétroviraux. En conséquence, ils sont sollicités à se faire soigner chez eux, même si la décision ne considère par le décret dans son ensemble et oublie de stipuler que l'accès aux soins pour les maladies opportunistes est loin d'être uniformément répandu au Brésil. La situation des Brésiliens est donc on ne peut plus équivoque car le gouvernement français estime, à tord, qu'ils bénéficient d'une qualité de soins de santé similaire dans leur pays. Ce point fait l'objet de dissensions au sein du corps médico-administratif guyanais : certains veulent appliquer à la lettre (en vérité en omettant certains points) la procédure stipulant l'accès restrictif aux soins gratuits pour les immigrés qui n'ont pas espoir de trouver l'équivalent dans leur pays. D'autres, minoritaires, estiment que la qualité de la prise en charge en France est meilleure qu'au Brésil (médication davantage standardisée, insuffisance

des traitements délivrés pour les maladies opportunistes, mais aussi croyance en la sous-efficacité des remèdes génériques), sans compter du doute quant à la possibilité de l'État brésilien à garantir *ad vitam aeternam* l'accès universel au cocktail thérapeutique[77].

Quoiqu'il en soit, les personnes en situation irrégulière doivent effectuer les démarches nécessaires pour obtenir une attestation provisoire de séjour (APT) qui a maintenant une validité de un an (AME), renouvelable sur avis médical. Sans l'aide motivé d'un médecin, d'un assistant social tenace ou d'une association ayant pignon sur rue, la demande tarde à aboutir à moins que la personne ne soit elle-même familiarisée avec les méandres des services sociaux. Cela dit, les dérapages ne sont pas rares et l'auteur de ces lignes a personnellement recueilli les témoignages de femmes et d'hommes expulsés bien qu'étant sous médication ou nécessitant de la recevoir. Bien entendu, ces personnes n'apparaissent pas dans les statistiques officielles.

Les immigrés de langue lusophone représentent une petite partie de l'échantillon des personnes contaminées étrangères sous traitement par les ARV en Guyane. Ceux en situation illégale sont encore plus minoritaires : ils constituent des exceptions considérées comme relevant de l'« humanitaire ». Un constat édifiant sur lequel nous ne nous attarderons pas est leur absence de contact avec les mouvements qui se consacrent au sida, y compris du côté des femmes qui pourtant développent plus facilement de relations avec les associations que les hommes. D'une manière générale, et contrairement à d'autres populations implantées en Guyane, les Brésiliens intégrés, et à fortiori les clandestins, n'utilisent pas de tels réseaux d'entraide. Au mieux, ils développent des associations de quartiers à l'intérieur desquelles les questions de santé comme la prévention et le soutien aux personnes contaminées ne s'inscrivent aucunement dans l'agenda. Les tentatives passées lancées par la DDASS de choisir des personnes relais pour divulguer l'information et servir de médiateur ont régulièrement échoué jusqu'à présent dans les communautés lusophones. Les Brésiliens refusent d'endosser la prise en charge de questions qui relèvent de la santé publique, dont l'intérêt immédiat n'est pas toujours perçu. La responsabilité en est imputée à l'État et, de toutes manières, les communautés brésiliennes installées sachant l'image négative qu'elles véhiculent (la femme fatale et de petite vertu, l'homme imprévisible, indiscipliné, polygame et bagarreur) ne tiennent pas à l'aggraver en conférant une quelconque visibilité de l'épidémie en leur sein.

Les considérations juridiques et sociales conjuguées aux itinéraires géographiques singuliers interfèrent sur les démarches de santé. Les individus inquiets, voire obsédés, par l'éventualité d'une reconduction à la frontière, assimilent tout contact avec une institution à un risque potentiel de dénonciation (ce qui n'est pas absolument faux, ni toujours exact). Être sans visas empêche de faire valoir ses droits et nuit à toute reconnaissance sociale. Les immigrés brésiliens en sont convaincus, à l'image de Gabriel, ce vétéran chercheur d'or, affirmant qu'en cas de complications celui qui est sans documents d'identité demeure un « moins que rien » et ne peut pas se défendre. Le passage pour un temps bref ou circulaire, que connaissent la majorité des *garimpeiros,* et peut-être encore davantage les employés intermittents en zone urbaine, est constitutif d'une vulnérabilité accrue. La durée du séjour se comptabilise et mérite, à ce titre, d'être rentabilisée. Elle laisse peu de temps pour se pencher sur des préoccupations sanitaires qui sont laissées de côté et dont le migrant va s'accommoder un moment, quitte à chercher des solutions alternatives (automédication, régime alimentaire, etc.) en attendant de se soigner plus tard. La notion de risque évoquée dans le discours préventif, avec ce qu'elle sous-entend comme probabilité de ne pas survenir, apparaît en conséquence largement secondaire. En témoignent les supposées réticences des populations - relevées par le corps médical - à utiliser le préservatif ou, dans la cas des personnes asymptomatiques, à observer les recommandations médicales et d'hygiène de vie. Sachant le temps limité, les immigrés brésiliens se concentrent sur l'effort à fournir, moyennant quelques échappatoires fugaces (qui correspondent à des moments de

[77] Le prêt de la Banque mondiale qui finance en grande partie le programme sida (mais pas la distribution des médicaments s'arrête fin 2002. L'espoir, comme pour beaucoup d'autres pays du Sud, repose désormais sur l'utilisation des médicaments génériques.

prises de risque), et attendent le retour au pays pour s'occuper du problème de santé qui les affecte[78] ainsi que le montrent les tranches de vie de Gabriel et de Toni. Différer la maladie, remettre à plus tard sa prise en charge auprès des institutions modernes de soins ne signifie pas se désintéresser de sa santé. On essaie les remèdes *caseiros* (populaires), on prend des fortifiants, on échange des tuyaux, on prend acte d'un conseil. On fréquente les services de santé quand c'est possible ou si la maladie n'est plus tenable mais jusqu'à un certain point, tant que l'on est sûr de ne pas être identifié, donc stigmatisé.

Dans le cas du sida, les personnes qui se savent contaminées et qui bénéficient des médicaments ont le souci de les prendre secrètement. Ceux qui évoluent dans un microcosme de travailleurs où tout le monde se connaît (sur un chantier, un *garimpo*, un bateau de pêche commerciale) évoquent inlassablement les vicissitudes de la vie en commun : les contraintes de préparation et de prise des antirétroviraux trois fois par jour ne sont pas moindres. Tous s'accordent à dire que le sida est une malédiction qui se vit seul et doit être cachée des autres, et ce d'autant plus qu'on est loin de l'univers familier. Là, si jamais ce « chez soi » existe encore, il y a toujours un intime à qui se confier : une tante, un frère aîné, une grand-mère, un ami. En attendant, la solitude face à la maladie prédomine. Gabrielo va encore plus loin en constatant que parallèlement à l'évolution de son sida (il en était à un stade avancé dès notre première rencontre), *a vida estragou :* la vie rétrécie. Il se réfère également à l'univers des possibles auquel son autonomie d'orpailleur le prédisposait. Respecté dans son milieu, autonome et avenant, il est maintenant en proie à une dépendance exaspérée, contraint d'obéir à des directives sanitaires dont la signification est insuffisamment explicitée.

L'accès aux soins de santé et au dépistage

Jusqu'en 1997, un étranger malade du sida résidant en Guyane française dans l'illégalité était susceptible d'expulsion et pouvait être renvoyé dans son pays d'origine. Contrairement aux étrangers des autres pays voisins, une telle reconduite à la frontière ne mettait pas fin pour un Brésilien à son suivi médical ni à son traitement puisqu'il disposait d'une prise en charge similaire au Brésil. Du moins en théorie. Car en l'absence de concertation politique et sanitaire entre les deux États, la personne renvoyée chez elle, pour peu qu'elle ait passé un certain temps en Guyane ou hors de son pays, n'était pas forcément au courant du fonctionnement du système de réseau de distribution des ARV et pouvait très bien mettre un certain temps avant de savoir où se diriger. Par ailleurs, les services chargés de la répression aux frontières guyanaises ne s'occupent pas de savoir où réside la personne y compris dans des situations de péril sanitaire. Ils renvoient les individus par le premier avion en partance pour Belém ou Macapá. De tels réexpéditions génèrent des périodes forcées de rémission médicamenteuse pouvant être fortement préjudiciables à la personne sous traitement, et encore plus particulièrement pour une femme enceinte séropositive (deux des trois témoignages recueillis provenaient de femmes enceintes).

Si l'expulsion ou la reconduite à la frontière provoque une brisure dans l'accès au traitement, la situation même de clandestinité en Guyane est telle qu'elle compromet sérieusement l'accès aux soins de santé. Au niveau de la prévention, les sources d'Aides-Guyane[79] et les données du DAV de Cayenne confirment que les étrangers en situation irrégulière fréquentent moins et les CDAG et les services du réseau public de santé que les populations étrangères régularisées et les populations locales. Cela ne signifie aucunement que les sans-papiers et ceux en cours de régularisation sont moins réceptifs à la prévention et ne se soucient pas autant que les autres populations de leur état de santé. Ni qu'elles ont moins conscience du danger que représentent une prise de risque, un acte sexuel non protégé, un multipartenariat fréquent L'association Aides estime que les vagues de population

[78] Cela ne se vérifie pas systématiquement, à l'image de cette femme vivant avec des orpailleurs en plein cœur guyanais et qui profita de son rapatriement à l'hôpital de Cayenne à l'occasion d'un paludisme pour demander un bilan général de santé (y compris sida et autres MST).

[79] L'association possède une équipe travaillant au CHAR de Cayenne. Il y a encore quelques années, certains membres volontaires pratiquaient les conseils pré et post dépistage.

brésilienne qui arrivent en Guyane sont relativement bien informées sur l'épidémiologie du VIH et connaissent les enjeux du dépistage à VIH. Les motifs de la sous-utilisation sont donc à chercher ailleurs que dans la prétendue ignorance ou l'incompatibilité culturelle, véritable cheval de lance du corps médical qui attribue les échecs de leur relation avec les patients à l'univers culturel de ces derniers.

En premier lieu, on ne se fait pas dépister pour le simple plaisir, si l'on n'est pas sûr de recevoir un traitement. L'annonce de la séropositivité peut prendre la tournure d'une sentence chez les migrants clandestins. Dans ce cas-là, mieux vaut pratiquer le dépistage une fois de retour chez soi comme le montrent les multiples témoignages recueillis à Belém. Mais ce n'est pas tout. Les récits des immigrés et les observations menées en Guyane montrent au contraire que c'est plutôt le contexte dans lequel ces populations vivent qui les empêchent d'accéder à l'information, à leurs droits relatifs à l'accès aux services de santé. Il suffit de se rappeler les propos de Réjane Mouillot dans le chapitre sept concernant les clandestines brésiliennes à Cayenne. Le simple fait d'effectuer quelques centaines de mètres pour se rendre au dispensaire ou à la PMI constitue une véritable aventure, tant leur apparaît grand le danger de se faire contrôler par la gendarmerie. Une partie des Brésiliens ne parle pas suffisamment le français et le créole pour s'exprimer devant un représentant du corps médical et ce dernier n'effectue pas les efforts suffisants pour s'adapter au patient étranger. Par exemple, le conseil après le dépistage prend la forme d'une sommation, très souvent rapide, réalisée de façon presque administrative. L'argument est que le médecin n'a pas le temps de s'attarder sur l'histoire de chaque personne et que c'est au médiateur culturel d'effectuer ce rôle en cas de problème. Le statut de médiateur en Guyane est très controversé : à l'hôpital de Saint-Laurent, la personne qui en a la charge effectue véritablement un travail de médiation et d'écoute tandis qu'à Cayenne, probablement en raison de la forte pression du corps médical, le médiateur effectue la médiation seulement du haut vers le bas. Lui-même reconnaît que son travail consiste à trouver des solutions face aux « exigences » de la médecine moderne et se considère comme un facilitateur plutôt que médiateur. Le système organisationnel du CHAR a le mérite d'être cohérent : les médecins de Cayenne affirment avoir décidé la création d'un poste de médiateur culturel pour qu'une personne spécialiste de la communication interculturelle puisse faire passer les messages des spécialistes aux vilains malades récalcitrants.

En ce sens, l'accès aux services de santé dépend non seulement du contexte social mais des relations avec le corps médical. Celui-ci a des compétences techniques et professionnelles indiscutables mais demeure apparemment mal à l'aise face à une population diversifiée dont les conditions de vie et les logiques qui président aux comportements de santé restent à tout jamais mystérieuses pour certains médecins non préparés à négocier avec la dimension sociale de la maladie. Or, une expérience traumatisante dans un hôpital ou tout simplement lors d'une visite médicale risque avoir des conséquences néfastes sur la démarche future de la personne qui hésitera à se rendre dans les mêmes structures de santé et préférera recourir à d'autres soins. Les conversations avec des Brésiliens de Cayenne, migrants de courte ou de longue durée, montrent que le réseau de revente de médicaments illicites importés du Brésil à prix fort vient pallier les aléas de la rencontre entre le malade et les professionnels de santé. Certes, d'autres raisons existent (la représentation idéalisée du médicament de chez soi, l'évitement de complications liées à l'incompréhension linguistique, etc.), mais la pratique d'automédication est souvent préférée en dépit de son coût économique important car elle permet d'éviter le contact avec le corps médical dont les patients brésiliens « *n'ont rien contre, mais rien pour non plus*, *car on se sent mieux quand on les évite* [les médecins] » (sic). Les Brésiliens attachent en effet une grande importance à la parole et à la discussion. Une visite un peu sèche, aggravée par un problème de compréhension linguistique et par une mauvaise volonté de la part des services médicaux rechignant à entamer le dialogue, est rapidement mal vécue. Elle devient facilement la porte ouverte à une refus ultérieur de fréquenter les lieux.

Sommes toutes, contrairement à ce que de nombreuses études mettent en avant de façon plus ou moins catégorique en France et dans le monde entier à propos d'autres populations (Teborg & Boven, 1999 ; Pourette, 2002 ; Vidal, 1995), il serait abusif d'avancer la réticence des Brésiliens à parler de leur maladie avec le corps médical en tant que facteur constitutif d'une vulnérabilité accrue.

L'expérience de la participation d'Aides Guyane au sein de l'hôpital de Cayenne révèle que les malades de toutes nationalités confondues ne demandent qu'à rencontrer de véritables interlocuteurs avec qui ils pourraient converser, voire dévoiler leurs problèmes les plus intimes. Combien de personnes reconnaissent que s'ils sont en face d'une personne qui reste à l'écoute et s'intéressent à eux, ils n'hésitent pas à s'ouvrir. « *Avec eux au moins, on peut tout dire* » admettait une femme en contact avec le réseau d'Aides-Guyane.

Dans le contexte géographique et social qui nous intéresse, il serait donc abusif d'insister avec emphase sur la volonté du patient de gérer à tout prix le secret. On ne garde un tel secret que dans la mesure où la relation de confiance ne s'est pas établie. Il n'existe pas autant qu'on l'affirme de « tabou » spécial, comme on l'attend parfois, à propos du sida dans le cadre de la relation clinique. Le tabou est une construction sociale qui naît de l'expérience traumatisante avec son entourage. Le poids de la maladie est suffisamment lourd à garder dans son milieu social et les stratégies mises en place pour tester son environnement sont suffisamment pénibles à gérer par le malade pour que celui-ci n'éprouve pas le besoin de se confier, d'évoquer ses doutes quant à sa pathologie, d'échanger ses problèmes qui dépassent le cadre médical stricto sensu. A ce titre, l'hésitation à se faire dépister, à parler de son infection par le VIH, à consulter régulièrement, à réaliser les examens périodiquement et à se faire traiter est davantage liée à la dynamique de la qualité des relations avec les professionnels de la santé plutôt qu'à un simple lien mécanique entre crainte de discrimination et conservation du secret. Le secret n'est jamais total, il reste sélectif. Pour un migrant temporaire qui est forcément plus enclin à se retrouver isolé face à l'évolution de son sida, les représentants du corps médical constituent parfois des personnes privilégiées, avec les associations et les assistants sociaux, sur qui il peut s'épancher.

*

Les migrations retour des personnes malades du sida ne sont pas exceptionnelles, que ce soit en phase asymptomatique, de sida déclaré ou à l'approche de la mort. Le retour provisoire dans le pays peut s'inscrire dans le cadre de l'itinéraire thérapeutique et force est de reconnaître qu'un certain nombre de Brésiliens préfèrent se faire soigner chez eux, quitte à revenir par la suite.

Quand il s'agit de choisir entre rester ou repartir en cas de santé fragilisée, les immigrés brésiliens résidant en Guyane affichent une position mitigée. D'un côté la contradiction flagrante entre les politiques de migration et les politiques de santé – ces dernières reconnaissent l'accès aux soins à (presque) tout le monde alors que la loi répressive sur les migrations est utilisée pour se débarrasser des personnes indésirables - suscite une réticence compréhensible à demeurer en Guyane. Les Brésiliens savent qu'ils ne sont pas les bienvenus une fois leur force de travail moins opérante et quand leur pathologie devient trop visible. Par ailleurs, continuer à vivre à Cayenne demande des investissements économiques et humains qui ne sont pas à la portée de tout le monde. Pour ceux, minoritaires, qui possèdent de la famille et sont parvenus à s'insérer dans de solides réseaux d'entraide ou, mieux encore, qui ont réussi à se marier, le problème ne se pose pas en des termes aussi brutaux. Le soutien social et marital, provenant essentiellement de la parenté élargie, représente un facteur important de rétention dans le pays hôte. Mais pour la plupart n'ayant pas eu l'opportunité de s'affranchir de leur précarité sociale et économique, la volonté - ou la résignation - de retourner au Brésil prédomine, même si ce n'est pas forcément vers le lieu natal ou auprès des siens.

Les retours sont orchestrés par la personne mais il arrive que ce soient par les proches qui en assument la responsabilité si l'état du malade ne le permet pas. Aucune politique de coopération entre les deux pays n'a envisagé de se pencher sérieusement sur la question et aucune association n'est en contact avec son équivalente dans l'autre pays. Tout reste à l'avenant et en cas de personnes contraintes de se faire hospitaliser, les négociations se réitèrent au coup par coup entre le consulat (n'ayant pas de ligne directrice spécifique), l'administration de l'hôpital, les services sociaux et le cas échéant la famille. Les structures et les acteurs de santé, y compris les ONG guyanaises, ne savent pas comment fonctionne le système de santé brésilien voisin, si ce n'est qu'il offre la polythérapie. Qui

plus est, la personne séropositive n'est pas toujours au courant de l'évolution de son suivi médical en l'absence des prescriptions qui ne lui sont pas restituées lors de la reconduite à la frontière. Sans compter les malentendus, les incompréhensions envers le discours médical : comment est-il alors possible d'exposer au médecin brésilien sa trajectoire médicale en Guyane ? En l'absence d'articulation entre pays voisins, les conditions d'accueil dans le pays hôte comme dans le pays d'origine ne sont pas facilitées. Si le dossier médical ne suit pas, toutes les analyses sont à refaire au Brésil ou réciproquement en Guyane. En dehors du temps et de l'argent perdus, c'est la santé du patient qui pâtit de l'absence de coopération internationale.

Au risque de voir la portée de cette dernière tranche de l'étude amputée par le manque de données, les rares cas de figure rencontrés ou dont l'information a été fournie de seconde main (consulat de Macapá, association *Para Vida* et centre de référence de Belém) tendent à montrer que les Brésiliens régularisés et gravement malades retourneraient davantage pour mourir que pour se faire soigner à longue échéance. On ne meurt pas en Guyane, même si l'on a de la famille sur place. Les parents d'un jeune homme en phase terminale mirent tout en œuvre pour rapatrier leur fils mourant et l'accompagner dans son dernier voyage jusqu'à la terre natale. Une autre femme ayant perdu contact avec sa parenté au Brésil tint absolument à revenir sur Belém où elle ne connaissait personne. Elle fut hébergée par l'association *Para Vida* (une maison de passage pour les personnes malades du sida) jusqu'à son décès. Selon les membres de l'association, son dernier et unique souhait était de se sentir chez elle, n'importe où, pourvu que ce soit au Brésil.

Il semblerait qu'à l'approche de la mort, quand celle-ci est inéluctable, l'attachement à son pays devient plus fort que tout. Même si la personne sait qu'elle risque de ne pas être acceptée par les siens ou par un environnement social particulier l'ayant rejeté dans la passé, le désir de ressentir une atmosphère outrepasse toute autre considération. Dans les derniers moments de vie, tout semble indiquer que la volonté de retour à « *minha terra*, *minha patria* » (ma terre, ma patrie) se substitue à la crainte de discrimination, devenue futile et dérisoire face à la chronique d'une mort annoncée. Revoir encore une fois ce Brésil, sentir l'ambiance animée des rues, les sons et les mouvements, l'odeur du *tucupi* et surtout retrouver au contact de la terre le lien ineffable qui asservit chaque être humain à ses souvenirs.

Chapitre 10

D'un risque à l'autre

(Frédéric Bourdier)

L'idée que la précarité constitue un facteur d'exposition à la santé est communément admise par les grands organismes internationaux (Rapport de la Commission des migrations des réfugiés et de la démographie, 2001). Elle peut donc être considérée, tout en étant associée à d'autres facteurs, comme un indicateur de risque pour l'infection par le VIH. Les facteurs de vulnérabilité associés à ladite précarité permettent de déterminer de manière globale, mais aussi locale, des inégalités sociales et spatiales face au risque d'exposition, même si le concept de précarité reste vague et insuffisant pour cerner avec précision les dynamiques sociales de l'épidémie.

Les facteurs de risques définis par ONUSIDA[80] représentent-ils la réalité guyanaise et brésilienne ? Les premiers facteurs définis sont économiques : il s'agit du sous-développement, de l'insécurité économique et de la pauvreté. On remarque ensuite dans les paramètres retenus par Onusida une tendance à accentuer les risques encourus par le sexe féminin : sa position dans la famille et la société influencerait son comportement vis-à-vis de l'exposition au VIH. La marginalisation, l'exploitation sexuelle[81], l'analphabétisme, le manque d'information et l'absence d'éducation constitueraient un faisceau de facteurs mis en avant. Enfin, la discrimination et l'exclusion sociale accentueraient les risques d'exposition. Notons que dans cette liste de priorités, la dimension sanitaire (accès aux soins, organisation du système de santé, équipement…) est insuffisamment prise en compte alors qu'elle occupe une importance primordiale. De même, les conditions intrinsèques de la migration sont sous-estimées ou laissées pour compte. En dehors de ces oublis fâcheux, on est en droit de se demander toutefois si l'établissement d'une liste de facteurs génériques qui ne sera jamais exhaustive et qui mérite d'être nuancée en fonction des contextes locaux constitue l'approche la plus pertinente. Il semble plus adéquat de se pencher sur les systèmes d'interactions et les dynamiques qui concourent à favoriser l'émergence d'une réceptivité accrue envers le VIH d'une part et d'autre part de considérer les situations de vie qui peuvent d'un moment à l'autre concourir à la diffusion du sida.

Profil régional des migrations et irruption de l'épidémie

Parvenu à ce stade, il est temps de faire le point sur quelques facteurs primordiaux à prendre en compte dans le cadre d'une analyse sur les liens entre migration et sida. En première instance, il existe peu de véritables flux migratoires organisés ou spontanés en Amazonie orientale et en Guyane liés au

[80] http//.www.onuaids
[81] L'exploitation sexuelle au Brésil n'est pas une exclusivité féminine, elle concerne tous les jeunes.

travail saisonnier agricole et industriel comme ceux existant dans le centre du Pará pour la collecte des noix de Pará, dans le Sud pour le café ou dans l'État de Paraiba pour la canne à sucre. Dans ce genre de migrations épisodiques, les conditions d'emploi, le sous-paiement, l'absence de garantie sociale et de protection syndicale, confèrent un caractère clandestin à la main d'œuvre mobile soumise à intense exploitation durant un court laps de temps et facilement renouvelable en cas de problème ou de revendication.

Saisonnalité des migrations

Les migrations saisonnières liées à un travail pénible qui concerne essentiellement les hommes trouvent cependant écho auprès d'une catégorie de chercheurs d'or qui se rendent sur les sites localisés en territoire guyanais au début du mois de juillet à l'annonce de la saison sèche et repartent deux ou trois mois plus tard. Les modalités précaires de travail sont telles que la santé de ces migrants s'en trouve largement altérée, sans contrepartie à un accès aux services de soins qui demeurent inexistants. Ces hommes itinérants viennent d'autres sites d'orpaillage. Ils sont le plus souvent originaires de Macapá, de Belém et des villes du Nordeste. Dans leurs périples, ils ne souffrent pas des rapports de domination et de paternalisme que connaissent les ouvriers agricoles en d'autres lieux du Brésil et c'est souvent cette relative autonomie agrémentée d'un sentiment enivrant de liberté qui les attire, parallèlement aux éclats de l'or, en Guyane. Parallèlement, l'isolement favorise une certaine vulnérabilité à la contamination par voie sexuelle dans la mesure où les hommes ont le souci de rompre leur solitude quand se présente une occasion, ce que savent parfaitement les tenanciers des épiceries et des bars installés à proximité des placers en organisant, gérant et contrôlant la venue des jeunes filles qui deviennent de nouvelles clientes pour les magasins. Dans ce milieu social où les rapports de force sont exacerbés, les victimes ne sont pas toujours les femmes et il n'est pas rare qu'un chercheur d'or reparte du placer sans le moindre gramme d'or, après avoir jeté son dévolu sur une compagne qui aura su habilement lui soutirer son gain quotidien et ses économies en lui faisant croire à l'amour éternel.

La venue périodique des migrants saisonniers qui se rendent en Guyane pour œuvrer sur un chantier ou remplacer provisoirement un collègue ne se traduit pas un mouvement de masse. Elle est éparpillée sur toute l'année en raison de l'absence d'une forte sollicitation de main-d'œuvre à un moment particulier de l'année. La migration saisonnière est plus visible en Amazonie brésilienne : nombreux sont les paysans de l'Amapá et du Pará qui profitent de la rémission du travail dans leur champ pour aller travailler chez de plus grands propriétaires ou à la ville comme maçons et artisans. Cette mobilité augmente le temps de séparation avec le conjoint et facilite l'évanescence de la relation. Beaucoup d'hommes s'en plaignent ouvertement, d'autant plus que l'éloignement et l'absence de téléphone ne facilitent pas les communications. Inversement, on retrouve cette inquiétude liée à la séparation chez l'épouse. Rappelons-nous l'histoire du mari de Suelly (chapitre un) qui se rend temporairement à la ville en quête d'un emploi sans envoyer de nouvelles pendant huit mois. Dans certains moments d'inquiétudes et de doutes, Suelly ne savait plus si elle devait prendre acte des conseils de ses proches lui subodorant que le père de ses enfants avait dû en rencontrer une autre, et qu'elle ne devrait pas se gêner pour en faire autant.

Processus historique ou conjoncturel ?

En second lieu, la Région de l'Amazonie orientale ne constitue pas une originalité dans le processus général de colonisation qui l'anime. La plupart des espaces proches des frontières au Brésil ont connu et connaissent encore de semblables afflux de populations extérieures. Ainsi la région de Ji-Parana comprenant le centre-est du Rondônia et la partie occidentale du Mato Grosso représente une zone d'occupation récente, formée par des migrants venant de tout le pays, attirés par les propagandes du gouvernement et les aides économiques pour les plans de développement créés pour diminuer les

tensions sociales dans le sud du pays. Dans ce contexte, presque un million de paysans sans terre arrivèrent au cours de la décennie 80 et beaucoup durent par la suite refluer vers les villes. Si les petits paysans du Pará expérimentèrent de telles contraintes, les habitants du milieu rural ne connurent cependant pas autant de problèmes fonciers que le Rondônia infesté de grands latifundiaires concentrant en peu de mains la grande majorité de la terre. Dans la Région qui nous intéresse, le milieu rural/forestier est progressivement abandonné pour la ville en raison des conflits liés à l'occupation de la terre, associés à la quête d'une meilleure qualité de vie.

Une double remarque s'impose. D'abord, les itinéraires géographiques des populations reflètent pour une large part les transformations socio-économiques qui sont apparues dans la Région Nord amazonienne, ce qui montre qu'une approche trop centrée sur l'individu risque de ne pas être adéquate, y compris pour dénouer les liens entre le sida et la migration, car elle ne permet pas une correcte compréhension du processus social migratoire général. En effet, elle empêche d'appréhender les éléments structurels et dynamiques fondamentaux à l'origine des migrations car elle se restreint aux manifestations apparentes du processus. Nous avons signalé que les migrations ville/campagne sont davantage liées aux facteurs de répulsion qu'aux facteurs d'attraction liés au développement urbain. Tout en acceptant ces affirmations, il convient cependant de réintroduire la place du sujet dans le développement des dynamiques sociales et spatiales et de rester attentif aux initiatives individuelles car même si elles dépendent de phénomènes de type macro, elles n'en restent pas moins diversifiées et variables en fonction de la capacité du sujet à accepter son destin, à négocier sa situation de précarité. Tout le monde ne migre pas en dépit de circonstances socio-historiques et de logiques qui pourraient le justifier. Les parcours migratoires des personnes non contaminées et à fortiori de celles contaminées par le VIH révèlent leur aptitude singulière à s'adapter, inventer, créer, résister aux pouvoirs dominants et à négocier leur problème de santé du mieux qu'ils le peuvent.

Compte tenu de toutes ces remarques qui ne sont pas contradictoires mais tendent à nuancer des positions extrêmes (prédéterminisme historique, tyrannie du social ou a contrario du sujet[82]), un premier constat est que l'irruption de l'épidémie dans la Nord à partir du milieu des années 1980 coïncide non seulement avec l'intensification des mouvements migratoires, mais s'insère dans le processus migratoire régional, créant ainsi un terreau favorable à sa diffusion. Il a été parfois avancé que la migration minimiserait les comportements à risque dans la mesure où le sujet accroît son potentiel de défense dans ses moments de déplacements. Or un émigré brésilien n'adopte pas une stratégie de repli envers les autres comme cela a été dit à propos des migrants en d'autres partie du monde (Skeldon, 1990). Sa manière de concevoir les rapports sociaux pour élaborer ses propres stratégies le pousse vers les autres, l'incite aux rencontres dont il pourra tirer profit s'il sait les utiliser à bon escient. C'est dans ce contexte socioculturel particulier qui prédomine en Amazonie que doit se comprendre en partie le développement des relations intimes susceptibles de conduire à une contamination pas le VIH. L'itinéraire de Macio décrit succinctement dans le premier chapitre confirme cette tendance : à chaque nouvel endroit où il se rend, il rencontre de nouvelles femmes avec qui il s'ingénie de reconstruire, même en l'espace d'un moment éphémère, la proximité des relations qu'il a perdue avec sa famille. Un autre exemple, anecdotique peut-être, mais emblématique de cette volonté tenace de fuir l'isolement est la réflexion d'un orpailleur reconnaissant son incapacité à rester confiné dans son placer à l'instar des ses compagnons, et qui affirme ne pouvoir faire autrement que de se rendre régulièrement à Oyapoque ou Vila Brasil à la recherche de ses homologues féminines. En d'autres circonstances, les effets des stratégies peuvent être à l'opposé de leur intentionnalité, à l'image de ce commerçant ambulant incitant répétitivement des compagnes brésiliennes à le suivre,

[82] Méthodologiquement, la circulation migratoire à l'intérieur des réseaux familiaux - pouvant s'élargir à des unités sociales dépassant le cadre de la parenté - nécessite d'inclure dans la compréhension du fait migratoire l'individu au sein de son groupe d'adoption car le comportement individuel peut être une des alternatives que le groupe utilise comme stratégie majeure pour assumer sa survie. Parallèlement, l'individu prend des initiatives dont les intentionnalités ne sont pas le reflet des stratégies du groupe. En conséquence la vulnérabilité au sida d'un individu dépend de sa position assignée par les autres au sein de réseaux sociaux particulier mais aussi de sa manière personnelle à négocier son itinéraire de vie et les rôles qui lui imputent.

quitte à partager avec elles une partie des bénéfices de sa camelote péniblement vendue en échange de ses services sexuels, mais déplorant d'être à chaque fois contraint de laisser partir sa partenaire avec un autre plus fortuné quand la chance n'est plus de son côté.

Réseaux familiaux : de l'éclatement à l'unité

En troisième lieu, la croissance des grandes villes génère une série de flux mais aussi de reflux en raison de leur impossibilité à absorber simultanément la main-d'œuvre dont elles disposent. Les retours, les départs et les va-et-vient favorisent le développement des relations à l'intérieur du tissu urbain où de nouveaux liens sociaux se créent rapidement. De tels liens se tissent également entre les métropoles, les moyennes villes et les zones rurales/forestières, et il est peu commun que des familles ayant migré dans les trente dernières années en milieu urbain n'aient pas conservé une attache dans un ou plusieurs lieux successifs d'implantation rurale. Un exemple parmi tant d'autres : la famille d'Eviraldo originaire de l'intérieur du Pará a choisi de migrer sélectivement en envoyant deux enfants à la Belém chez une sœur alors que les parents restèrent dans le local d'origine avec la progéniture encore en âge d'aller à l'école primaire. L'oncle célibataire fait des aller retour entre les zones rurales et urbaines, à la recherche de travail et de ressources financières pour entretenir ses jeunes neveux tandis que la maîtresse de maison préfère maintenir son cadre de vie rural que ses enfants plus âgés dévalorisent et cherchent à fuir. Le mari, quant à lui, alterne le travail urbain et rural. Il a une seconde femme en ville qu'il partage alternativement avec un autre homme en son absence. On voit donc que ces mouvements centrifuges et centripètes participent au brassage des hommes et des femmes qui loin d'être rivées en un lieu donné s'en approprient plusieurs par le truchement de l'unité familiale élargie : la capitale où les enfants résident avec leur concubin(e)s, le village natal où les grands-parents et l'épouse demeurent, des villes moyennes où quelques affins, certains des enfants et de la parenté proche habitent, et ainsi de suite.

De tels réseaux sociaux qui reflètent l'étendue de la famille en Amazonie facilitent les circulations migratoires grâce à une parenté disséminée, renforcée par un cercle de relations sociales étendu aux amis et collègues de travail. De cette apparente fluidité des individus au sein de réseaux structurés mais ouverts et qui s'étendent à la manière d'une toile d'araignée, découlent des regroupements et des séparations provisoires ou durables des ménages qui ne sont pas sans influer sur les comportements interpersonnels et les rencontres interindividuelles. Ces dernières s'étendent, il va de soi, bien au-delà de la famille stricto sensu. La trajectoire d'Anita (chapitre 1) entre sa famille biologique et sa famille d'adoption est pareillement significative de la tendance des personnes à développer (ou voir s'imposer dans le cas des adolescents) de nouveaux réseaux sociaux dans le milieu d'accueil ; tendance se traduisant, dans le cas de la jeune fille citée, par une entrée précoce dans la sexualité. Or les données du gouvernement montrent clairement que l'épidémie s'intériorise en Amazonie et que les moyennes villes et les campagnes environnantes sont les lieux où l'incidence du sida croît le plus rapidement. L'idée pressentie d'une corrélation entre l'augmentation de l'incidence en certains espaces donnés et des endroits particuliers où sont justement dispersées les familles mériterait d'être mise à l'épreuve par une analyse épidémiologique.

Migrations guyanaises

En quatrième point, les migrations internationales vers la Guyane française dépassent la problématique de l'expansion de type « frontière » ou « front pionnier » très classique en Amazonie. Elles relèvent pour une large part des dynamiques spatiales et historiques propres aux relations entre le Brésil et la Guyane. Certes, il y a des débordements sur les rives de l'Oyapoque et dans les terres environnantes qui témoignent d'une expansion au sens géographique du terme, mais ils restent marginaux, sont relativement tolérés par les habitants de Saint-Georges d'Oyapock et ont peu d'implications conflictuelles, à la différence de l'entrisme brésilien sur d'autres frontières occidentales du pays, induisant un phénomène « d'exportation de tensions » (Almeida, 1996). Pour le reste, les

auteurs voient dans le type assez récent des nouvelles migrations éparpillées dans le département français un processus d'exportation de tensions sociales de l'Amazonie (Arouck, 2001). D'un autre côté, les migrants installés de longue date représente un groupe en voie d'intégration (Arouck, 2000, Gorgeon, 1986). Nous avons vu que les trajectoires et les situations migratoires des Brésiliens sont diverses : elles vont du bricoleur sachant tout faire, du journalier sans qualification précise résidant dans des zones précaires d'habitations au travailleur stable installé avec sa famille dans un logement social. Ces milliers de Brésiliens effectuent des va-et-vient entre l'État d'Amapá, Belém et le département français. Le même auteur estime que les conséquences de cette migration d'une population acceptée, parfois seulement tolérée, auront une influence profonde sur la société guyanaise dans le futur.

En attendant, la population régularisée tend de plus en plus à se démarquer de l'image « du mauvais migrant ». Il arrive fréquemment que les personnes insérées dans le tissu social rentrent en conflit avec les populations clandestines (ou dans la meilleure des solutions fasse mine d'ignorer). Rien ne serait plus faux en effet que de percevoir l'ensemble des Brésiliens en Guyane comme membres d'une communauté soudée. D'énormes clivages séparent les Brésiliens qui, au bout du compte, reproduisent à l'étranger les formes de ségrégation et de domination qui structurent les rapports sociaux prédominant au Brésil. Le facteur de réussite qui conditionne la hiérarchisation est évalué en fonction de trois critères principaux : 1) l'intégration dans la société amphitryon qui découle essentiellement de la régularisation administrative, 2) la prospérité économique et 3) le type d'activité exercée. Les clandestins sans emploi, les chercheurs d'or et les femmes qui s'adonnent occasionnellement ou professionnellement à la prostitution occupent le bas de l'échelle. Les propriétaires des sites d'orpaillage légalisés, les entrepreneurs, les fonctionnaires et ceux qui détiennent un commerce ayant pignon sur rue forment le haut de la société brésilienne *made in Guyana*. Entre les deux, s'intercalent les ouvriers agricoles, ceux qui pratiquent des métiers manuels et des activités de service. Les femmes mariées à des Français constituent une catégorie en dehors de par le fait qu'elles adoptent une certaine distance sociale envers leurs compatriotes. Les exportations de tensions sociales se trouvent renforcées par le refus d'une partie des Brésiliens à concevoir leurs compatriotes comme leurs égaux en droits. Il n'est pas rare qu'ils leur assignent un statut de personnes non désirables dans la société d'accueil, la même qui les a accueillis quelques années auparavant. Sans pour autant impliquer des compartimentations strictes, ces formes de discriminations entre Brésiliens viennent s'ajouter à celles dont sont victimes d'une manière générale les clandestins en Guyane. Les tensions internes renforcent ainsi les processus de rejet, de marginalité et de mise à l'écart au sein de la société établie.

Les représentants consulaires encouragent et perpétuent cette scission en se montrant soucieux d'aider les « bons ressortissants » tout en évitant dans la limite du possible de se responsabiliser de ceux arrivés par voie illégale, quel que soit la gravité de leurs problèmes (santé, incarcération, droits sociaux bafoués). Diplomatie oblige. C'est dans cet état d'esprit que les autorités brésiliennes manifestent le souci de promouvoir une campagne de prévention contre le sida adaptée aux Brésiliens, avec des messages en portugais et tenant compte des réalités socio-économiques dans lesquelles ils évoluent, mais en précisant qu'il est inutile que ces actions concerne les orpailleurs dans la forêt ou les clandestins de passage qui n'ont rien à faire sur le territoire. L'argument est que, de toutes façons, ces derniers sont des durs à cuire peu réceptifs aux doux messages du préservatif. Pourtant, force est de reconnaître qu'il serait légitime de s'occuper en priorité de ces populations stigmatisées, délaissées, livrées à elles-mêmes et évoluant dans un milieu social favorable à la transmission du VIH. Au regard ces processus arbitraires de différentiations sociales, il y a de fortes chances pour que les effets de discriminations observés entre Guyanais et Brésiliens et au sein-même de la population migrante brésilienne aggravent les situations de vulnérabilité à l'égard de la santé en général et à l'égard du sida en particulier dans la mesure où l'insuffisance de l'accès à l'information, la vivacité des préjugés, la sélectivité des réseaux d'entraide et la ségrégation sociale qui en découle placent les individus mobiles et sans papiers dans une condition de moindre défense économique, sociale et psychologique.

De la connaissance à la pratique

Enfin, derrière la diversité des situations vécues par les migrants amazoniens et les immigrés brésiliens sur le littoral et dans l'intérieur guyanais, se profile un ensemble de configurations sociales susceptibles d'augmenter le risque épidémique. Premièrement, on note un décalage entre la connaissance du VIH et les pratiques effectives. Cela ne constitue pas un fait nouveau et de nombreuses études ont montré l'universalité de cet écart. Par contre, la façon dont le décalage se construit et prend forme varie suivant les contextes socioculturels et géographiques et c'est justement cette construction originale qu'il s'agit de dévoiler dans notre cercle d'observation afin de mettre en évidence les dynamiques sociales qui concourent à intensifier la vulnérabilité au sida. A ce titre, les Brésiliens en situation de mobilité spatiale connaissant les aléas de la condition d'immigrés en Guyane n'ont pas toujours la possibilité de mettre en pratique leurs connaissances : soit parce qu'ils sont confrontés à des rapports de force les empêchant de se prémunir (dans les relations de prostitution, en fonction du contexte des rencontres, etc.), soit parce qu'ils doivent affronter un faisceau de circonstances sociales et économiques difficilement conciliables avec une pratique régulière de prévention (fréquentation d'un milieu violent, isolement affectif, précarité des conditions de vie), soit encore parce qu'ils ne savent pas comment justifier aux yeux de leur partenaire l'utilisation du préservatif (crainte de rupture de la confiance, suspicion de l'entourage, mise en place d'une stratégie de conquête du partenaire, etc.).

Deuxièmement, la condition de clandestinité est vécue comme une perte d'identité, un refus de la reconnaissance de soi par les autres. Elle fragilise énormément les individus, et ce d'autant plus que la plupart des immigrés vivent isolés et séparés les uns des autres. Mais le rapport à la clandestinité est fonction du lieu. La vie expérimentée par les chercheurs d'or en forêt ne crée pas un terreau favorable à l'éclosion d'une vulnérabilité psychologique aussi forte que celle ressentie par les Brésiliens dans un milieu urbain (Cayenne ou Kourou) où ils se retrouvent fondus dans la masse des habitants du pays, donc particulièrement sujets aux invectives les plus diverses. En forêt, tout le monde est logé à la même enseigne et les orpailleurs se sentent plus forts devant l'épreuve. Ils ne fréquentent pas la population guyanaise, continuent à parler leur langue, n'ont aucune volonté de s'établir en Guyane et ne connaissent pas les mêmes préoccupations que leurs compatriotes du littoral, soucieux de ne pas se faire repérer par la police et de ne pas se faire mal voir des populations locales.

Enfin, force est de constater qu'une personne éprouvant les affres de la clandestinité est sensible au regard des autres, aux représentations portées sur lui. Témoin en est le discours incessant que la plupart des sans-papiers brandissent, à la façon d'un leitmotiv, pour se revaloriser auprès des Guyanais : discours à partir de mots forts évoquant leur honnêteté et leur caractère laborieux, mais aussi discours à partir du corps où les mains rugueuses assorties de la visibilité d'un corps en bonne santé constituent les passeports indispensables pour une insertion dans le monde du travail ou de la séduction. En de telles circonstances, comment penser le sida ? Et puis d'abord, est-il pensable ? Ne pas l'évoquer ne revient-il pas à s'en distancier socialement et symboliquement ? Un homme rencontré à Oyapoque avec qui j'essayais d'orienter la discussion sur les risques perçus à l'égard du VIH me répondit abruptement : *« en tant que migrants, on a suffisamment de problèmes à régler comme ça, alors n'allez pas nous mettre dans la tête de nouvelles inquiétudes* ».

*

Ces brèves analyses ne possèdent pas de vocation explicative mais ont une visée interprétative. Elles ne relèvent pas de données statistiques ni d'analyses corrélatives mais reposent sur des observations attentives de situations que nous avons pris soin de resituer dans le contexte. Rappelons à ce sujet que les analyses quantitatives peuvent être utilisées dans la méthode anthropologique mais seulement à titre indicatif et non pas démonstratif. Le présupposé ethnologique qui utilise de préférence le local comme point de départ de l'analyse du social part du principe que le dénombrement permet de signifier la récurrence d'un phénomène mais n'explique absolument rien sur ses origines,

ses modes de fonctionnement, ses types de transformation et ses implications. Les relations supposées entre les dynamiques migratoires régionales et la manière dont se construisent les interactions entre les individus au sein de réseaux diversifiés constituent des portes d'entrée originales et différentielles facilitant l'exposition au sida. Une étude au niveau micro permet mieux que toute autre de cerner non seulement la complexité des facteurs qui rentrent en jeu mais aussi, et surtout, le poids respectif de chacun des facteurs agissants. C'est ainsi que nous avons été en mesure de soupçonner l'importance des relations dialectiques entre sida et exclusion sociale rattachée à la clandestinité, entre sida et déliquescence des liens familiaux ainsi qu'entre vulnérabilité accrue au sida et hiérarchie relative des priorités perçues dans le cadre de conditions de vie précaires. Il est évident que de telles assertions méritaient d'être précisées puis vérifiées et détaillées, ce à quoi nous nous sommes attachés en regardant de plus près les histoires rétrospectives de quelques migrants atteints par le VIH.

Les cas de figure issus de nos enquêtes quantitatives et qualitatives ont permis, au cours des chapitres et dans la limite du cadre géographique de l'étude, de valider ou de nuancer les propos généraux sur les liens entre sida et migration que nous avons posé en hypothèses au début de notre travail. Les observations de terrain fournissent graduellement des éléments de réponses aux questionnements initiaux posés en introduction. Ces observations reposent sur la prise en considération du phénomène de la migration amazonienne considérée comme un tout complexe mais qui peut être appréhendé à partir d'enquêtes détaillées dans des sites sélectionnés privilégiés. Nous synthétiserons les résultats de la recherche dans la conclusion. Nonobstant, il reste à se pencher sur la façon dont les populations qui se savent ou pas contaminées se comportent, perçoivent la notion de risque et gèrent leur maladie dans un contexte de mobilité spatiale.

Gestion du risque et gestion de l'infection par le VIH en situation migratoire

A partir du moment où il existe un décalage important entre les connaissances scientifiques et les perceptions profanes des risques sanitaires, le corps professionnel médical a tendance à évoquer l'irrationalité des malades, leurs superstitions et leur culture réfractaire aux principes de la prévention raisonnée. A l'inverse, un travail anthropologique doit se donner pour tâche de mettre à jour la perception et la gestion des risques par la population ainsi que les logiques sociales et culturelles qui les sous-tendent. Comme le rappelle Sylvie Fainzaing (2001 : 10), l'approche anthropologique du risque est de considérer qu'il s'inscrit dans un contexte social donné, et que la gestion du risque se fait au regard de ce contexte. A l'égard du sida, l'hypothèse posée dans ce travail est que la prise de risque relève exceptionnellement de l'inconscience : dans la plupart des cas, elle est rationnelle puisqu'elle est un moyen en vue d'une fin. Dans le domaine relationnel par exemple, on a vu dans les chapitres précédents que l'absence d'usage du préservatif était un acte tout à fait conscient adopté entre certains partenaires, effectué en dépit de la connaissance de l'existence de l'épidémie à VIH. Le délaissement du *safer sex* contribuait dans certains cas précis à renforcer la confiance entre les deux personnes et à transformer une simple relation sexuelle évanescente en une relation exclusive d'*amigamento* ou plus durable de *xodo*. Pour les Brésiliennes ayant un partenaire guyanais, l'usage de la capote peut aussi être un frein au développement d'une relation de confiance, préalable indispensable à une union durable La prise consciente de risque peut donc dans certains contextes procurer des bénéfices et c'est à la lueur de cette logique qu'il s'agit de comprendre la gestion sociale du risque.

Dans une situation de mobilité spatiale où le migrant brésilien se retrouve dans un pays qui n'est pas le sien, un ensemble de nouvelles contraintes s'impose. Afin de mieux comprendre les logiques qui président à la gestion du risque chez les migrants internationaux dans le cadre de ces contraintes, il convient en premier lieu de cerner le contexte de vie des étrangers en Guyane française (ce qui a déjà été fait au niveau légal, aussi n'y reviendrons-nous pas) puis d'envisager les priorités de vie que les immigrés accordent lors de leur passage dans le département français et enfin de comprendre comment ces priorités s'articulent avec le risque de contracter le sida. Quant aux personnes qui sont porteuses du VIH, et qui le savent, un autre ensemble de questions se posent relatives à la gestion de leur infection. Elles seront examinées en fin de section.

Gestion du risque de contamination par le VIH

Il convient de distinguer la facilité avec laquelle se développent les relations sociales entre immigrés brésiliens et les différents niveaux de solidarité effectivement mis en place. On a insisté sur le fait que les Brésiliens véhiculent l'image d'une communauté immigrée soudée et indélébile. Cette vision simpliste équivaut à faire l'impasse sur l'isolement au sein du groupe, les formes de concurrence et les antagonismes qui s'instaurent. Les relations entre Brésiliens, autres étrangers et populations autochtones sont encore plus complexes. Les immigrés brésiliens tiennent à leur réputation de travailleurs courageux et débrouillards en même temps qu'ils cherchent à pallier leur image de peuple paillard et provocateur (les bagarreurs que sont les hommes, les séductrices que sont les femmes).

La société guyanaise se caractérise par un fort contrôle social qui s'exerce à l'égard des migrants et tout comportement remarqué, même s'il relève de l'exception, est rapidement extrapolé en règle générale. Ainsi, la femme brésilienne est considérée comme une femme facile, voire une prostituée, en tout cas une personne qui se laisse séduire aisément, avec une idée derrière la tête. En Guyane, elle symbolise l'exotisme à portée de main. Celle-ci est pleinement consciente du caractère qui lui est attribué. Certes, quelques-unes jouent de cette situation pour en tirer des avantages et d'autres s'en servent comme tremplin pour s'attirer les grâces d'un homme. Mais loin s'en faut que toutes les femmes développent une stratégie similaire. Les comportements des hommes envers l'autre sexe sont différents. Il est beaucoup plus rare de rencontrer des hommes brésiliens développant une relation durable avec une conjointe métro ou une Créole. Seuls quelques-uns solidement implantés et ayant acquis une position sociale confortable résident en couple avec une femme qui n'est pas de leur nationalité d'origine. Quant aux clandestins, au regard de leur situation économique et sociale, leurs relations sexuelles se restreignent le plus souvent avec des femmes qui rémunèrent leurs services, à moins qu'ils ne trouvent une partenaire brésilienne également clandestine. La convivialité linguistique et culturelle facilite l'insertion, au moins dans un cercle d'immigrés, et rend l'isolement moins difficile à supporter. Sachant que leur situation en Guyane est éphémère, les couples ainsi formés ne vont guère au-delà d'une pratique de *namorado* et n'exigent pas forcément une fidélité à toute épreuve.

Il arrive que des jeunes femmes qui vivent en permanence de la prostitution et d'autres qui vendent leurs corps seulement quand le besoin matériel se fait ressentir (« et encore, pas avec tout le monde », rajoutent la majorité d'entre elles) cohabitent avec un homme qui peut la protéger et la soutenir moralement à moins qu'il ne s'affiche comme proxénète. Il convient toutefois de souligner que la notion de proxénétisme peut s'appliquer dans la relation entre une femme brésilienne avec un Créole, un Surinamais ou un métro mais difficilement avec un de ses compatriotes. Le rapport de subordination financière d'une femme vis-à-vis de son compagnon dans le cadre de la prostitution n'est pas de mise dans le Nord amazonien. Elle prend davantage la forme d'une relation de dépendance mutuelle, même si c'est la femme qui loue ses services et en fait bénéficier l'homme.

Au même titre que la population générale, les immigrés clandestins se sentent concernés par la possibilité d'une infection par le VIH et n'ignorent pas les moyens de se prémunir, mais cela ne veut pas dire qu'ils renforcent leur comportement préventif du simple fait qu'il soient en Guyane, comme cela a pu être rapporté en Asie du Sud-Est (Skelton, 1990). Il ressort des interviews avec les Brésiliens que le risque de contamination n'est pas perçu comme étant plus important ici ou là, et parmi la majorité ayant été confronté aux campagnes de prévention, peu d'entre eux se perçoivent spécifiquement visés. Le contenu des spots regardés à la télévision depuis les zones d'exploitation aurifère paraît lointain et vague et n'aura jamais le même impact, à l'instar de toutes les campagnes de masse, d'une prévention de proximité. La migration n'est donc pas un facteur de changement positif dans la perception des risques.

De tels propos peuvent sembler ambigus dans la mesure où le sida en Guyane a toujours été associé à l'autre, à l'étranger. Mais l'immigré renverse la rumeur et associe le risque à la population locale. Vu par les Brésiliens, le Créole est un être frivole, irrationnel et dont il faut se méfier. Il est capable d'avoir des relations sexuelles en ayant connaissance de sa séropositivité tout en refusant de mettre le préservatif, ce que bien entendu ne ferait jamais un Brésilien attentif… En l'absence de messages de prévention adaptés aux populations migrantes (reposant sur des fais qui balayeraient des croyances et des tabous), les stratégies de protection des immigrés s'orientent davantage envers l'autre, celui que l'on ne connaît pas, celui qui accuse ou encore le marginalisé mais beaucoup moins envers celui qui a la même nationalité d'origine et celui qui appartient à un milieu social identique.

A cet égard, la prise de risque ne tient aucunement de l'inconscience : elle provient d'un manque d'informations et peut très bien se rattacher à une logique concomitante. Comme le stipule Sylvie Fainsang (2001 : 11), elle est rationnelle, puisqu'elle est un moyen en vue d'une fin, dans le domaine relationnel par exemple. On peut ajouter que le préservatif est lié à une relation ponctuelle ou se limite au tout début d'une relation, mais la signification de son usage peut se modifier par la suite et devenir une entrave. Toujours selon le même auteur, la prise de risque peut ainsi procurer des bénéfices relationnels importants vis-à-vis desquels les préoccupations de santé peuvent paraître dérisoires ou tout au moins secondaires dans le cas des immigrés brésiliens. La gestion du risque se fait en fonction de l'appréciation individuelle et collective d'un risque face à d'autres risques. On s'aperçoit en définitive que, bien souvent, il ne s'agit pas tant pour les individus de prendre un risque que de refuser d'en prendre un autre.

C'est à cette évaluation permanente que sont soumis les femmes et les hommes brésiliens en Guyane. L'évaluation dépend en grande partie de la motivation de leur itinéraire migratoire et des priorités qu'ils accordent à atteindre tel objectif ou éviter de se retrouver en telle ou telle situation défavorable. Pour certains qui ne sont que de passage et entendent ramener le plus d'argent possible en un temps aussi restreint que possible, l'objectif consiste avant tout à se débrouiller de travailler en dépit des conditions astreignantes, sans tenir compte des exigences de vie imposées et de leur état de santé (tant que celui-ci ne les empêche pas de se mettre à l'ouvrage). Pour d'autres qui sont en cours de régularisation ou souhaitent rester plus longtemps sur le territoire français, un ensemble de précautions plus complexe s'élabore. L'essentiel consiste à tenir compte de l'environnement social, de privilégier certains types de rapport et d'en éviter d'autres. Il arrive que des individus effectuent des sacrifices en certains domaines, la sexualité par exemple, pour parvenir à leurs fins. C'est souvent le cas des jeunes filles brésiliennes qui rencontrent un homme et qui, pour montrer leur fidélité ou leur passion exacerbée, ne vont plus solliciter le condom une fois la relation établie. La justification prônée par ces femmes est que le recours au préservatif est difficilement conciliable dans l'expectative d'une relation durable. Ainsi l'acte sexuel libéré de la suspicion signifie pour ces femmes l'amorce de leur insertion sociale et légale.

Cette réaction transcende les cultures. Elle a déjà été soulignée dans maintes études anthropologiques y compris par l'auteur de ces lignes en Inde méridionale (Bourdier, 1998 et 2001c). En Guyane, la clandestinité de la femme diminue encore davantage sa marge de négociation avec son partenaire non clandestin. En effet, l'homme détient la capacité - et il est pleinement conscient de ce pouvoir – de faciliter la régularisation de sa conjointe dans le pays : soit par le mariage, soit en lui faisant un enfant, soit en reconnaissant un enfant qui n'est pas de lui. Beaucoup d'hommes jouent sur les deux tableaux et reportent sans cesse le moment d'officialiser l'union, de crainte que cela ne bouleverse leur relation entachée de pouvoir avec leur partenaire féminine dont ils savent si bien tirer parti. En de telles circonstances, certaines femmes acceptent les embardées sexuelles et le multipartenariat de leur conjoint. Elles le laissent libre de ses fréquentations, pensant que si elles se révoltent elles risquent de le perdre et par conséquent perdre avec lui le mince sentiment de sécurité et les quelques espoirs qui les animent et les poussent à une forme de tolérance forcée… Signalons que leur permissivité n'est pas une donnée naturelle : Les Brésiliennes acceptent leur sort en Guyane bien plus qu'elles ne l'accepteraient chez elles au Brésil !

Il serait toutefois exagéré de parler de prostitution alimentaire, comme le subodorent certaines organisations caritatives et quelques auteurs respectables cherchant à systématiser le comportement des femmes vivant sous la contrainte et la crainte du futur. Les femmes qui se mettent en union libre cherchent avant tout un minimum de sécurité matérielle et affective qui puisse alléger la précarité quotidienne dont elles souffrent depuis longtemps, cette même précarité qui les a poussées à venir en Guyane française. Ce qui reste vrai, et qui s'observe bien au-delà de la communauté brésilienne, est que les femmes peuvent avoir plus facilement accès à une carte de séjour grâce à l'homme avec qui elles vivent. Pour certaines qui dépendent entièrement de leur tonton[83] c'est même l'unique solution. Mais elle se fait souvent attendre. L'homme jongle avec la relation privilégiée qu'il entretient en tant que citoyen français ou personne régularisée. S'il s'aguiche d'une seconde femme, la première doit accepter la situation à moins qu'elle ne trouve une solution d'urgence pour garantir seule sa survie. L'homme s'octroie ainsi la possibilité d'avoir plusieurs femmes, simultanément ou en chaîne. La stratégie masculine consiste à faire mine de ne pas se presser d'officialiser l'union pour empêcher la partenaire d'obtenir la carte de séjour. Grâce à cela, il garde un ascendant sur elle, tout en lui faisant espérer que, un jour… Cette propension au chantage s'étend entre personnes de même origine géographique : beaucoup plus de concubinages informels que de mariages ont étés constatés au sein des communautés haïtiennes et brésiliennes[84]. On aurait pu penser que les stratégies de mariage pourraient mettre fin à une situation d'immigration clandestine. Dans la pratique cela concerne seulement une minorité, ce qui signifie que les mariages arrangés ne sont pas aussi monnaie courante qu'on veut le faire croire.

Si certaines stratégies de vie prennent en compte le risque de contracter le sida, nombreuses sont les circonstances où la prévention passe au second plan. Il est néanmoins difficile, pour ne pas dire illusoire, de tenter une catégorisation des personnes migrantes plus vulnérables que d'autres. Ce n'est pas le statut ou la particularité économique d'un sujet qui génère le risque mais *l'événement*. Or les immigrés sont confrontés à des événements au sein desquels s'entremêlent leur précarité sociale et économique, leur isolement linguistique, la discrimination provenant des populations locales, l'exploitation par le patron, les relations inégales de genre et la crainte permanente d'être éconduits à la frontière. La résolution de ce faisceau de paramètres relève des pratiques quotidiennes et se traite le plus souvent dans l'urgence, notamment quand les problèmes surviennent à l'improviste : perte subite d'emploi, rupture d'une relation, maladie, personnes à charge, etc. La perception du risque s'inscrit donc dans un contexte social donné et la gestion de ce risque s'effectue au regard de ce contexte qui diffère fortement entre deux sujets enserrés dans une série de contraintes singulières. Il est évident que les prises de risque d'un chercheur d'or divergent de celles d'un Brésilien intégré à Cayenne étant donné les milieux hétéroclites qu'ils fréquentent, les conditions d'assistance et l'écart entre les réseaux de solidarité en place. Mais les prises de risque oscillent également en fonction des possibilités concrètes pour mettre en œuvre un comportement de prévention. Le style de vie des orpailleurs, la stimulation sexuelle endémique dans les sites aurifères et les faibles moyens dont ils disposent pour se procurer sur place les préservatifs montre à quel point des lieux de vie isolés et délaissés de toute attention en matière de lutte contre le sida constituent des foyers potentiels de concentration épidémique.

Gestion de l'infection à VIH par les immigrés séropositifs en Guyane

Qu'en est-il des migrations internationales des personnes séropositives avec ou sans traitement ? Reconnaissons au préalable que nous avons rencontré peu de Brésiliens ayant migré en Guyane avec un sida déclaré. A dire vrai, plusieurs émettent le désir, mais rares sont ceux qui le mettent en pratique. « *La Guyane est si proche… et si lointaine pour nous* », maugréait un habitant de Belém sous médication rêvant d'aller travailler comme jardinier à Cayenne mais supputant ce voyage irréalisable. Une autre personne désirait s'y rendre comme simple touriste : c'était son vœu le plus cher car elle y

[83] En créole, homme qui entretient une maîtresse.
[84] Information donnée par Aides Guyane, 1999.

avait des amis, mais elle craignait que la visibilité de sa maladie ne compromette son entrée légale dans le département français. Tout le monde n'a pas une idée précise des mesures administratives en vigueur, cependant le doute prédomine. L'information circule entre les patients et les candidats à la migration sont pleinement conscients des difficultés qu'ils peuvent rencontrer en tant que clandestins. Les renseignements glanés ça et là reposent autant sur des faits établis que sur des rumeurs mais ils aboutissent à la même constatation : la Guyane du XXI^{ème} siècle ne symbolise plus la terre d'accueil d'antan et le statut de migrant malade ne fait que diminuer les possibilités de franchir la frontière.

Si passage en France il doit y avoir, la personne envisage de procéder à tâtons. Rencontrer avant de partir des compatriotes susceptibles d'éclairer les réponses à certaines questions non résolues représente le premier pas. Par exemple, les médecins guyanais sont-ils liés au secret professionnel, ne vont-ils pas tout raconter au service des migrations et à la PAF si jamais ils sont en contact avec un patient contaminé ? Est-ce que l'OMI peut effectuer un dépistage à l'insu du candidat à la migration[85] ? Tant d'histoires de reconduites à la frontière circulent que les gens s'attendent à être refoulés pour des motifs de santé. Est-ce que le réseau public de soins fonctionne comme au Brésil et doit-on présenter des papiers d'identité pour se faire admettre dans les centres de santé ? Notons qu'en la circonstance, la question se pose dans la mesure où des Brésiliens se sont vus demander leur passeport, parfois avec exigence du visa, dans certains dispensaires comme celui de Regina..

Les quelques-uns qui se décident à effectuer la démarche partent avec l'idée de revenir assez rapidement, au maximum dans les deux mois[86], quitte à essayer de voir s'il est possible de se faire suivre sur place si la vie guyanaise leur convient. A notre connaissance, il est difficile d'établir qu'il existe une tendance générale à migrer pour se faire soigner. Les migrations thérapeutiques prévalent pour des affections mineures ou des opérations chirurgicales (sachant que l'on ne peut refuser en France un patient qui nécessite une intervention d'urgence). Notons que ces migrations thérapeutiques ne soient pas unilatérales. De nombreux Brésiliens vivant en permanence ou pour une longue durée en Guyane, bénéficiant de la sécurité sociale et d'un permis de séjour, préfèrent retourner au Brésil pour se faire traiter ou opérer. La présence des siens et la confiance dans la médecine de son pays constituent les deux arguments forts qui concourent à la prise de décision. Inversement, il arrive que des Brésiliens ayant de la parenté établie à Cayenne ou Kourou viennent se faire traiter en Guyane. Les contacts préalables avec la famille ou avec des connaissances solides sont alors indispensables et il est exceptionnel que des migrants planifient à l'avance une telle stratégie sans connaître une personne sur place. En dehors de Saint-Laurent (où les immigrés viennent du Surinam notamment pour le sida), les Brésiliens porteurs du VIH rencontrés dans les hôpitaux ont étés victimes d'une aggravation de leur état durant leur séjour en Guyane et non pas avant.

Les personnes asymptomatiques qui ne prennent pas les ARV présentent moins de réticences à effectuer de longues trajectoires. Les antécédents médicaux sont souvent un facteur décisif. Une personne qui est déjà tombée malade brusquement et à plusieurs reprises hésite davantage à se lancer dans un voyage en pays inconnu qu'un individu n'ayant jamais expérimenté la preuve tangible de l'inoculation du virus dans son corps. Nonobstant, dans le contexte brésilien, il serait faux d'affirmer que c'est la séropositivité qui motive la migration internationale. Les personnes contaminées ont des expectatives de travail similaires à celles des personnes non infectées par le VIH. Il n'en reste pas moins que la séropositivité est perçue comme un poids, quelque chose qui risque compromettre leur projet de vie sociale et professionnelle. Les Brésiliens n'ignorent pas que s'ils montrent de la faiblesse dans leur activité physique, s'ils sont malades et doivent s'absenter, aucun employeur qui embauche des clandestins ne les gardera. A toutes proportions gardées le risque que prend un employé mal en point n'en vaut pas la chandelle. Certains patrons s'avèrent plus flexibles que d'autres. Telle est en tout cas l'image véhiculée à propos du Guyanais créole qui ne fait pas de cadeau, à l'opposé du métro estimé plus condescendant. Dans le contexte de la maladie, il importe prioritairement de taire son existence et de cacher le mieux possible les éventuels symptômes pouvant surgir à tout moment. La

[85] Les réponses que j'ai moi-même obtenues à l'arraché à l'office des migrations de Cayenne étaient peu claires, cafouilleuses et contradictoires.
[86] En raison des contraintes de déplacement, les Coordinations peuvent fournir deux mois de médication.

priorité accordée à la dissimulation de la séropositivité fait que le recours aux services médicaux passe en second lieu.

Tout dépend encore de quels types de soins la personne nécessite et comment elle perçoit sa maladie. Si elle estime que son état est seulement fébrile, passager et ne réclame pas une attention immédiate, elle peu très bien décider d'attendre pour voir comment son mal évolue et se contenter de recourir à des pratiques alternatives[87]. L'attitude précédemment décrite de Gabrielo est emblématique de cette logique d'expectative. C'est seulement quand il constate que les maux qui l'accablent le contraignent à rester alité et l'empêchent de travailler sur le moyen terme qu'il se décide à solliciter les services de santé. D'autres hommes, encore plus nombreux, s'efforcent de trouver des solutions palliatives (automédication, alimentation, exercice de relâchement corporel) avant l'échéance de leur retour, estimant qu'il vaut encore mieux revenir avec de l'argent et peut-être malade que sans argent et en bonne santé. Sinon comment justifier aux siens le retour prématuré si tout va bien du côté santé ?

L'obligation perçue de devoir à tout prix conserver le secret implique la mise en place d'une série de précautions qui concerne la sélection des personnes fréquentées, le comportement discret au travail et le choix délicat des réseaux de soins empruntés. Les individus testent leur entourage afin de savoir à qui ils peuvent se confier. Il n'est pas exagérer d'affirmer qu'une telle mise à l'épreuve, même si elle prend plusieurs formes, relève d'une attitude systématique. Inutile de revenir sur la description de ces tâtonnements. Contentons de souligner que la prudence redouble en situation migratoire. Des risques supplémentaires, réels et imaginaires, sont pris en considération : dans un milieu social où la migration est principalement assimilée au travail, les collègues ne vont-ils pas adopter une attitude systématique de méfiance envers une personne physiquement éprouvée ? La suspicion ne risque-t-elle pas de tourner au rejet s'ils découvrent le pot aux roses ? Même si rien ne semble indiquer un état de maladie avancée, comment prendre les ARV trois fois par jour sans se faire remarquer quand on vit les uns sur les autres ? Que va-t-il se passer si l'on se fait identifier comme personne clandestine malade du sida ? Comment la gendarmerie française réagit-elle quand on est sans-papiers et sans le sou pour subvenir aux soins ? Est-ce que le consulat de Cayenne aide ses ressortissants en cas de besoin ?

Au détour de ces questionnements émis régulièrement, le travail en compagnie d'un compatriote exilé apaise les tensions psychologiques. Entre natifs du même pays qui parlent la même langue, les chances de mieux se comprendre, se confier et s'expliquer ne sont pas négligeables. Cassio, un Belémois ayant vécu à Cayenne, me confiait que le compatriote provenant de la même ville ou ayant expérimenté le même parcours incarnait la confiance. Inquiet de son état pathologique, il avait réussi après une période d'hésitation à parler de sa séropositivité à son boss brésilien qui l'appréciait et le comprenait. En quinze années d'intervalle, ils avaient tous deux connu le même itinéraire. Ils provenaient de la même région et les liens affectifs s'en étaient trouvés renforcés. Son patron ne le déclarait pas mais lui avait donné des tuyaux en lui racontant comment le système médical français fonctionnait, quels étaient ses droits et devoirs. Il s'était montré complaisant et l'avait rassuré en lui promettant que s'il venait à manquer quelques jours à son travail, il lui conserverait sa place. Si jamais Cassio devait recevoir des soins intensifs, son employeur s'était engagé à lui payer immédiatement le biller retour pour le Brésil, si tel était son choix. Ce qui s'est effectivement passé.

La troisième précaution vise à s'assurer des bonnes filières médicales. Dans le cas des migrants saisonniers qui ont l'intention de rester seulement quelques semaines, cette réserve est rarement mise en œuvre. En effet, la plupart des Brésiliens rencontrés une fois revenus à Belém, Macapá ou Oyapoque affirment que si jamais un problème de santé pas trop grave survient en Guyane, ils attendront le retour au Brésil pour s'en occuper. Si l'affection persiste et s'aggrave soudainement, elle peut devenir un facteur constitutif de rentrée hâtive. Ceux minoritaires qui sont a contrario plus soucieux de trouver des réponses à leurs problèmes de santé sur place s'enquièrent auprès de personnes dont ils ont éprouvé la fiabilité et la circonspection (des Brésiliens, d'autres immigrés) afin de savoir où et comment se diriger. Un premier constat est que les immigrés clandestins brésiliens ne

[87] L'usage des plantes médicinales est très courante chez les Brésiliens et les Haïtiens. Informations données d'après une enquête non publiée effectuée en milieu hospitalier par Dr Croupié (CHAR de Cayenne).

vont pas d'eux-mêmes dans les locaux d'Aides-Guyane à Cayenne ni au Cisih du CHAR, contrairement aux Haïtiens et à d'autres groupes sociaux. L'absence de contact avec ces lieux qui sont des espaces où théoriquement ils peuvent en toute quiétude y puiser du soutien tient autant à un manque d'information quant à l'existence de ces structures qu'à une certaine hésitation des clandestins lusophones (ainsi que ceux en attente de régularisation) à recourir à des organisations dont ils craignent la nature des contacts avec les institutions du pays.

Dans la représentation brésilienne de l'entraide et de l'accompagnement, c'est la politique intimiste du *jeito* qui domine. Ce petit coup de main se construit d'individu à individu et aboutit à la fin à la formation d'une chaîne de personnes où chacune joue de ses atouts et connaissances pour bénéficier d'une faveur ; du même coup la dernière personne rend redevable la précédente ayant été demandeuse d'un service. Cette conception relativement personnalisée est constitutive d'un réseau social original au sein duquel chacun se place à son niveau comme indispensable et non pas comme un intermédiaire substituable. En d'autres termes, je demande de l'aide à quelqu'un et par cette requête j'accepte tacitement une certaine allégeance ; en échange de quoi la discrétion relative à ce que je demande est assurée et je ne m'intéresse pas de savoir comment ma requête a pu aboutir : c'est l'autre qui s'en est chargée. Or, la démarche au sein d'une association ou d'un lieu institutionnalisé implique une manière différenciée de bâtir les relations sociales et de se garantir du secret. Sans y déceler une incompatibilité (les associations de personnes séropositives à Belém fonctionnent relativement bien), la préférence envers une dynamique des relations sociales basée sur le *jeito*, notamment dans un contexte d'immigration, contribue au délaissement des structures dont l'accueil reste trop formel pour les Brésiliens préférant naviguer dans des eaux plus troubles mais entre nageurs ayant plongé du même bateau dont ils connaissent les couleurs de la bouée de sauvetage.

Les personnes séropositives brésiliennes sont en quête de services de santé où il peut y avoir quelqu'un parlant leur langue et si possible de leur pays. Si une assistante brésilienne ou a défaut un Guyanais proche des Brésiliens travaille dans tel centre de santé, immanquablement les patients vont le demander en priorité, essayant-même de le rencontrer en privé hors de l'institution, éventuellement par le truchement de quelqu'un d'autre. Remarquons que cette proximité recherchée avec ses compatriotes est l'inverse de ce qui se passe au sein des populations caraïbes dans les Antilles ou en Ile-de-France (Benoît, 1997 ; Pourette, 2002). En continuant l'exemple de Cassio employé par un de ses compatriotes, il put localiser les lieux de revente de médicaments issus de la contrebande depuis Oyapoque grâce à son patron. Ce dernier lui commanda ensuite des fortifiants importés confectionnés au pays, c'est-à-dire des remèdes considérés comme étant bien plus puissants que ceux disponibles dans les pharmacies guyanaises.

Inversement, il existe des personnes séropositives qui vivent en Guyane et bénéficient d'une carte de séjour à durée limitée mais qui reviennent régulièrement au Brésil pour le suivi médical et, le cas échéant, recevoir les médicaments. C'est le cas de Leonora. Elle vit et travaille en Guyane depuis sept ans avec ses deux enfants qu'elle a ramenés du Brésil une fois installée (travail, appartement, partenaire). Elle vit en concubinage avec un Créole depuis trois ans qui est le seul à connaître sa séropositivité. Ils ne sont pas mariés, l'homme prétextant qu'il ne bénéficie pas d'une situation économique suffisamment confortable pour s'engager dans la vie familiale. A dire vrai, c'est elle qui assume matériellement la survie du foyer. Leonora est en attente de régularisation depuis plus d'une année et ne veut pas divulguer sa séropositivité de crainte que cela ne nuise à son intégration en Guyane. Elle s'est faite dépister lors d'un séjour dans sa ville natale au Brésil mais depuis n'a jamais fréquenté les centres de santé Guyanais. Qui sait s'ils n'iront pas la dénoncer aux services de la préfecture ? Elle effectue les examens pour la charge virale et le comptage des cellules T4 chaque fois qu'elle revient visiter les siens. Tant qu'elle reste asymptomatique elle préfère être prise en charge par la Coordination étatique de son État d'origine. Pour l'instant, elle n'a jamais été malade mais si jamais cela venait à se produire, elle avoue ne pas savoir comment elle réagirait : annoncer son infection par le VIH auprès du corps médical en Guyane – mais que se passera-t-il alors ? – ou retourner au Brésil pour se faire traiter ? Le dilemme semble plus complexe qu'il ne paraît car son projet de vie est de rester en Guyane pour que ses enfants reçoivent l'éducation française et, à leur majorité, puissent

acquérir la nationalité. Si ce n'était que pour elle, Leonora reviendrait derechef au Brésil dont elle éprouve une immense nostalgie. A travers l'attitude de la jeune femme, on voit bien comment la santé passe au second plan face à des priorités familiales. Son hésitation montre également les représentations véhiculées par les migrants à propos du fonctionnement du système de santé. L'accès aux services de soins est contrecarré par le risque perçu du non-respect de l'anonymat et de la confidentialité et, pire encore, par l'éventualité de la délation aux autorités. Même s'il ne s'agit que de représentations, cela montre à quel point certains migrants se sentent discriminés et non-autorisés à revendiquer leurs droits sociaux et sanitaires les plus élémentaires dans le pays hôte.

La réaction de Leonora nous ramène à une composante fondamentale largement développée et sur laquelle il est nécessaire, encore une fois, d'insister. En premier lieu, la gestion de l'infection par le VIH ne peut pas se comprendre sans se référer à l'intégration sociale de la personne ; en second lieu, être clandestin ou en attente (incertaine) de régularisation limite l'accès aux services de santé et interfère sur le suivi de la personne séropositive

*

Le sida est théoriquement une des priorités de santé publique en Guyane. Malgré la reconnaissance de la situation critique dans le département, rien de précis n'est encore entrepris pour certaines populations et en certains lieux. D'une manière générale les autorités et les associations éprouvent du mal à trouver des moyens d'actions efficaces et orignaux. L'heure est au bricolage et aux répétitions de ce qui a déjà été réalisé sans succès plutôt qu'aux innovations osées dans le cadre d'une politique volontariste. Les politiques comme les responsables de santé s'accordent à dire que migration et sida méritent d'être considérés conjointement, mais ils ne vont guère plus loin. La députée de la Guyane, Mme Christine Taubira-Delannon, a été chargée en 2000 de faire un rapport au Premier ministre sur l'exploitation aurifère guyanaise. Elle remarque à propos des populations travaillant en forêt que *« (…) Pour l'instant, les risques de poches d'épidémies font l'objet d'alertes sans catastrophisme de la part des professionnels de la santé, mais la masse de personnes échappant à un suivi sanitaire et dont les comportements sexuels peuvent s'avérer à risques, justifierait que la prévention et le suivi de ces maladies soient inclus dans un protocole global de santé publique pour les populations exposées » (*Taubira-Delannon, 2001).

S'agit-il encore des paroles lénifiantes sans aboutissement concret ou bien des actions soigneusement élaborées sont-elles envisageables ? A en croire des responsables sanitaires du côté du Maroni et un certain nombre de personnes travaillant au Centre Hospitalier de Cayenne, l'heure n'est pas aux bonnes intentions envers tout le monde. La prise de conscience du danger n'aboutit pas à des décisions politiques et sanitaires concrètes et universelles. Les populations immigrées clandestines, notamment celles qui demeurent isolées en forêt, ne constituent aucunement une priorité, sauf quand il s'agit de les évacuer et de les reconduire à la frontière. Quelques personnes des équipes mobiles du côté Oyapoque et du côté Maroni tentent avec les moyens dont ils disposent (visites mensuelles, aide ponctuelle, acceptation des Brésiliens dans les dispensaires locaux des Amérindiens, etc.) de contribuer à une meilleure équité au niveau de la prévention et des soins. Mais trop nombreux encore sont les acteurs de santé publique à afficher un intérêt mitigé pour les populations marginalisées et ces errants du début du troisième millénaire, quand ce n'est pas tout simplement un mépris mal déguisé. La situation est-elle condamnée à évoluer lentement au détriment de l'avancée de l'épidémie, au moment où la politique de l'autruche vit ses heures de gloire ?

Conclusion

Les politiques et pratiques de santé à l'épreuve des migrations

(Frédéric Bourdier et Claudia Lopez)

L'étude a abordé l'épidémie à VIH en tant que phénomène socialement et culturellement construit. L'objectif consista à dénouer les liens entre mobilité spatiale et sida dans la Région Nord du Brésil et en Guyane française. Elle est partie d'un paradoxe : alors que les migrations nationales et internationales constituent un défi majeur à la prévention et à l'accès aux soins, elles ne retiennent guère l'attention des décideurs, des pouvoirs publics ni des chercheurs qui hésitent à aborder de front la thématique (existence d'autres priorités, crainte de stigmatiser les migrants en se focalisant sur eux, difficulté méthodologique pour cerner la problématique). Mais éluder la question ne revient-il pas à transfigurer la réalité sociale en méconnaissant ou sous-estimant les difficultés rencontrées par une frange non négligeable de la population ? Partant du principe que l'analyse locale peut être utilisée comme échelle pertinente pour rendre compte d'un phénomène global, plusieurs études en France (Fassin, 2002 ; Brézovsek, 2001) ainsi que les nôtres en Guyane française et en Amazonie brésilienne (Bourdier, 2002c) montrent que les populations migrantes sont majoritairement isolées ou pauvres, accèdent plus difficilement aux centres de santé et au dépistage, se font soigner plus tardivement que les autres, bénéficient d'un suivi moindre et abandonnent le plus fréquemment le traitement par les ARV.

Les hypothèses de départ, dont les nuances vont être précisées dans la section consacrée au bilan de l'étude, ont été partiellement confirmées : certaines dynamiques migratoires, dont les caractéristiques et les profils méritent d'être identifiés, augmenteraient effectivement l'exposition au virus du sida. Toutefois, ce n'est pas la migration en elle-même qui est un facteur de vulnérabilité accrue mais le contexte social dans lequel elle s'effectue. Deuxièmement, les conditions drastiques d'accueil des migrants, tant au niveau de leur reconnaissance institutionnelle collective qu'au niveau de leur insertion dans le milieu social local ont des effets dépréciatifs sur leur démarche de santé (dépistage, prévention, recours aux soins), alors même que la connaissance de la séropositivité génère des stratégies de recours multiformes et des mouvements circulaires d'un pays à un autre, d'une région vers une autre en fonction des attaches familiales et des réseaux socio-économiques établis. Enfin, un acquis décisif à retenir est le danger de vouloir « culturaliser » à tout prix la vulnérabilité au VIH. Les faits culturels ont leur importance mais il ne s'agit pas de les surestimer. Mettre trop l'accent sur la culture ne fait que pointer arbitrairement du doigt certaines pratiques isolées de leur contexte social et constitue une porte d'entrée facilitant l'accusation arbitraire des populations, sans remettre en cause le système dans son ensemble. *Or le présent travail montre que la distribution même du sida est liée à la manière dont les États, les systèmes de santé autant que les groupes sociaux répondent socialement à au risque de diffusion du virus.* En ce qui concerne les populations qui ont retenu notre attention, encore faut-il qu'elles aient les moyens et les ressources de répondre de façon

adéquate à la menace épidémique. L'évolution du sida que l'État brésilien décrit comme relevant d'un processus d'intériorisation, de paupérisation, de féminisation, d'hétérosexualité et de « juvénisation » n'est rien d'autre que le reflet des conditions d'implantation inégales, arbitraires et partielles de la politique de lutte contre le sida, de la même manière que l'impossibilité structurelle à freiner l'épidémie en Guyane est liée en grande partie à la légèreté dont les responsables politiques et sanitaires ont historiquement appréhendé la question, notamment dans ses rapports à la migration et à la sexualité.

Notre conclusion se divise en trois parties. La première résume la spécificité de la région interfrontalière pour aboutir à une réflexion sur les conditions structurelles et idéologiques qui freinent la mise en place d'une politique cohérente et articulée de la lutte contre l'épidémie à VIH. La seconde se tourne vers la Guyane française et évoque les difficultés d'accès des migrants brésiliens aux soins de santé. Les politiques de gestion de la santé et les politiques de gestion de la migration interfèrent à travers des rouages sociaux répondant à des enjeux multiples. Mais quand la contradiction devient trop visible, des politiques d'accalmie se mettent en place pour contrebalancer les politiques de tensions. La dernière partie reprend quelques points forts issus de nos enquêtes et propose certaines voies à explorer.

Frontières et sida : actions limitées pour une épidémie sans limites

Examiner la situation de l'épidémie du sida à la frontière Brésil et de la Guyane française équivaut à rendre compréhensible comment la structure institutionnelle des États-nation, en tant que formes d'organisations politiques contemporaines, s'érige en barrière socioculturelle et impose des politiques qui limitent les actions mises en oeuvre par les organismes de santé dans leur combat contre une épidémie qui atteint aujourd'hui les populations locales sans distinction de tendances sexuelles, de genre, d'âge, d'ethnie, de nationalité et de classe sociale (Linge *et al.*, 1997). Les jalons juridico-politiques créés pour exercer la souveraineté à l'intérieur des limites territoriales des États-nation constituent des barrières, empêchant la réalisation d'actions conjointes et multilatérales de lutte contre une épidémie qui opère à l'échelle globalisée avec les mouvements migratoires qui lui sont associés. En effet, les frontières administratives constituent des espaces sociaux au sein desquels l'État-nation persiste tant bien que mal dans sa structure organisationnelle, imposant des restrictions politiques et culturelles qui ne facilitent pas la lutte contre l'épidémie à VIH. Les régions de frontière se construisent aux confins territoriaux des États-nation, ainsi que dans les limites de leurs politiques respectives de protection des citoyens. La façon dont les États articulent leur territoire et leur identité par opposition à l'Autre est exacerbé dans les régions de frontière (Sahlins, 2000 :42), en dépit des degrés variables de perméabilité et des constantes relations d'échange économique, politique et socioculturel entre groupes qui fondent leur différence (« *Otherness* ») dans leur propre identité nationale.

Nous prétendons ici attirer l'attention sur le fait que, malgré cette perméabilité, les systèmes organisationnels locaux transfrontaliers se structurent sur la base d'organisations sociales et politiques divergentes et inarticulées, ce qui génère des conséquences néfastes lorsqu'il s'agit de mettre en place des actions durables ou urgentes contre une épidémie, comme le sida, qui ne respecte aucune frontière politique ou socioculturelle et doit être combattue sans attendre les décisions tardives des politiques de santé prises par des bureaucrates installés dans les centres de décision lointains et peu conscients des réalités socioculturelles locales.

La frontière entre le Brésil et la France forme une région isolée, peu peuplée mais caractérisée par une forte mobilité spatiale individuelle et collective. Les contacts permanents favorisent les processus d'alliances (notamment chez les Amérindiens) et les échanges aussi bien que les conflits entre groupes ethniques, segments sociaux et nationalités différentes. Les conditions de vie et les relations sociales qui s'opèrent au niveau transfrontalier local, régional ou international induisent l'augmentation d'indices de transmission de l'épidémie dans un espace caractérisé par son intensité migratoire, en

comparaison à d'autres espaces sociaux épargnés par de tels mouvements. Les espaces de frontières sont aussi caractérisés par des politiques atrophiées. La région d'Oyapoque en est la parfaite illustration. On pourrait penser qu'étant donné que les systèmes de santé de deux État nationaux convergent géographiquement, les programmes de lutte contre l'épidémie pourraient être renforcés, et qu'en conséquence leurs actions deviendraient plus efficaces. Or les pratiques institutionnelles desdites régions montrent un effet contraire, c'est à dire une absence de programme articulé et d'actions conjointes dans le combat contre l'épidémie, et, ce qui un refus total de se pencher sur la question de prise la en charge de personnes séropositives nécessitant des soins d'urgence provenant des pays limitrophes. Les deux facteurs réunis - absence de politique (interne et internationale) cohérente et contexte de vulnérabilité accrue - viennent consolider l'hypothèse d'une relation directe entre flux migratoires et risque d'augmentation de l'épidémie.

Dans les systèmes sociaux frontaliers, les acteurs du développement sont spatialement proches mais des dissensions politiques et culturelles, aggravées par l'absence de concertation, entretiennent des distances symboliques qui se traduisent par une absence de contact institutionnel. Ces dissensions compliquent la prise en charge médicale des populations. Par exemple, il est envisageable pour les Brésiliens de réaliser un dépistage du sida et recevoir le conseil pré et post-test à Saint-Georges en Guyane, mais ils ne peuvent pas être pris en charge et encore moins recevoir les médicaments alors qu'il pourrait y avoir des accords entre les deux pays à partir du moment où la ville d'Oyapoque n'est pas en mesure de fournir des prestations médicales et sociales adéquates pour le suivi des nombreux malades du sida qui résident dans son *município*. Mais chacun reste sur sa position. Des facteurs idéologiques et culturels entrent en jeu, à l'image de la représentation des capacités d'autrui à s'autogérer : « *le Brésil a tout ce qu'il lui faut, même à Oyapoque !* » et *« la Guyane n'a rien de spécial à nous apporter* ». La barrière linguistique est utilisée comme prétexte à Saint-Georges à réduire la relation patient soignant au minimum : « *(…) de toutes manières, ils ne vont pas comprendre le sens du conseil* », (alors que c'est plutôt : on ne veut pas comprendre comment il le perçoivent). D'un autre côté sur la rive brésilienne, la gestion inadéquate du système de santé liée à l'incurie et à la corruption politique des acteurs concourent à favoriser l'inertie du système local des prestations de soins, qui n'a d'autres choix que d'envoyer les malades dans la lointaine capitale Macapá.

Ce faisceau de tensions, les unes latentes et les autres exprimées, peut être expliqué sur la base des catégories de "distances physiques" et "distances structurelles" utilisées par Evans-Pritchard (1997) et repris par Grimson (2000) pour analyser les catégories sociospatiales chez les Nuer. Selon ces auteurs, la "distance structurelle" se réfère à la distance entre groupes de personnes d'un système social, exprimée en fonction de leurs valeurs, comme c'est le cas entre les Nuer et les Dinka, même s'ils sont voisins d'un point de vue territorial et sont en contact permanent. En effectuant avec toute la prudence qui s'impose un parallèle concernant notre terrain d'investigation, les régions de frontière sont pareillement des espaces géographiquement continus, mais structurellement distants par rapport à un ensemble complexe de valeurs socioculturelles articulées autour des limites politiques et des différentes nationalités qui les distinguent, même s'il existe une interpénétration mutuelle quotidienne entre les deux bords. Si l'on applique ces concepts à l'analyse du traitement de l'épidémie à VIH dans les espaces sociaux transfrontaliers, force est de constater que la proximité physique entre Brésiliens et Guyanais ainsi que le contact permanent avec des migrants sont des facteurs qui font des frontières politiques des régions de plus grande vulnérabilité à la transmission de l'épidémie. En effet, les embryons de programmes institutionnels relatifs à la prise en charge médicale qui opèrent dans ces contrées se basent sur une logique de "distance structurelle" fondée sur les identités nationales et circonscrites aux politiques respectives de chaque État-nation.

Dans le cadre de l'application des politiques sanitaires, la logique de la "distance structurelle" conduit à établir des critères sélectifs pour déterminer qui a le droit ou qui a la priorité aux bénéfices des programmes de santé, de telle façon que ce droit peut être nié ou négligé si la personne nécessiteuse est "distante"structurellement parlant, en dépit de sa proximité physique. La "distance structurelle" qui repose sur la confrontation d'au moins deux systèmes de valeurs se répercute dans le quotidien des personnes qui habitent ou transitent dans les régions de frontières. Il en va ainsi de la

frontière du Brésil et de la Guyane française lorsqu'un migrant renonce à obtenir une simple visite médicale ou quand un patient se voit confronté à la difficile prise en charge "de l'autre côté", à l'image du citoyen brésilien qui se considère "distant" de l'autre en termes socioculturels, politiques et légaux. Selon la terminologie employée par Elias & Scotson (2000), ces critères sont déterminants dans la définition des relations de pouvoir entre les "établis" et les "outsiders". Ces catégories peuvent être utilisées pour analyser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes séropositives dans les espaces frontaliers. A Oyapoque comme à Saint-Georges, les critères d'accès aux programmes de prévention et de lutte contre l'épidémie sont fournis en termes de catégories sociales "nationales" et "étrangères", catégories qui font écho aux critères de la "distance structurelle" telle qu'elle est définie par Evans-Pritchard.

Cette position en chiens de faïence, fréquente dans les scenarii de frontières entre pays économiquement inégaux, est renforcée par l'absence de politiques spécifiques visant à l'établissement de programmes de santé communs dans la région. Dans le but de consolider l'efficacité de la lutte contre l'épidémie, il devrait exister un espace de négociation locale pour agir ensemble et de façon planifiée afin justement de diminuer la "distance structurelle" entre institutions et populations frontalières. Dans cette perspective, l'implantation de projets de coopération bilatérale qui engagent des professionnels de la santé et des sciences sociales, avec l'aide d'interprètes permanents installés dans les régions de frontières, pourrait constituer un grand pas dans le chemin tracé pour atteindre cet objectif. Encore faut-il attirer l'attention pour que les programmes de lutte contre le sida émanant d'une coopération bilatérale entre la France et le Brésil préconisent la mise en place de politiques spécifiques, précises, mais flexibles et adaptées (pour ne pas être enrayés par des contraintes administratives distantes).

Le concept de "distance structurelle" est également utile pour analyser le fonctionnement interne du système de santé au Brésil qui, basé sur une structure organisationnelle bureaucratique mais en cours de décentralisation, suggère de renforcer les capacités d'action à chaque niveau de référence (États, DSEI, *municípios)* pour déléguer les responsabilités de la prise en charge médicale à un segment de plus en plus local de la société nationale. Telle est l'ambition légitime et nécessaire du SUS. Cette redistribution de la responsabilité de la gestion de la santé peut contribuer à assouplir le fonctionnement des services et à pallier un secteur dont les fonctions sont trop compartimentées. Mais le SUS est encore jeune et fragile, surtout en Amazonie Dans la pratique quotidienne locale, les régisseurs de la santé agissent de façon évasive, par inexpérience, manque d'intérêt ou corruption, amenuisant l'efficacité et la possibilité d'extension des prestations de services. Le renforcement des institutions et des capacités humaines, assorti cependant d'un contrôle de l'État pour éviter les dérives financières et garantir la qualité des services, est donc un préalable indispensable.

Le problème de la décentralisation et de l'adéquation des services est encore plus frappant dans le cas des peuples indigènes soumis aux accords inter-institutionnels liant la FUNASA et la FUNAI et fonctionnant sur la base des DSEI. Des conventions ont été créées dans le but de mettre en adéquation la prise en charge médicale avec les conditions socioculturelles de vie des peuples indigènes de l'Amazonie. En dépit des bonnes intentions, cette nouvelle organisation s'est dotée d'une structure bureaucratique qui limite irrémédiablement l'attention donnée à la prise en charge médicale au niveau micro (district), à l'extérieur duquel les peuples indigènes auraient tendance à adopter une attitude "d'outsiders". Si l'on considère le degré d'exclusion dont souffrent les peuples indigènes dans la société nationale brésilienne, les possibilités de prise en charge médicale des Amérindiens par le système existant pour les non-indigènes restent faibles, en l'absence d'accompagnement et d'orientation. Cette restriction constitue un autre cas de "distance structurelle", cette fois-ci exprimable en termes de facteurs ethniques au sein d'un même État-nation. La situation s'aggrave dans la zone DSEI Amapá et nord du Pará quand on sait que les conditions de prise en charge sanitaires sont extrêmement précaires : manque de personnel médical et impossibilité (non justifié) de réaliser le dépistage à VIH du fait que l'unité mixte de soins de la commune d'Oyapoque, pôle du DSEI, ne possède pas de laboratoire clinique capable de les réaliser.

La situation des populations amérindiennes est alarmante. En l'absence de prévention, le savoir ne se développe pas et ce manque de savoir donne libre cours aux représentations les plus diverses. La méconnaissance culturelle et épidémique que les Indiens détiennent du sida, leur rejet du préservatif, les réactions primaires qu'ils développent face à l'existence du virus, la peur et le rejet social des individus porteurs du VIH, ajoutés au peu de représentation politique dont les peuples indigènes bénficient au sein de la société brésilienne sont autant de facteurs qui rendent ardus leur participation en tant qu'acteurs politiques pour les prises de décision concernant la santé et ciblant la prévention et le contrôle de l'épidémie dans leurs propres communautés. Ces politiques sont élaborées par les organismes étatiques que le gouvernement a désignées sans concertation indigène. Il est opportun de rappeler ici le concept d'*institution totale* (Goffman, 1961), et surtout celui d'*équipe dirigeante* que Stephan Baines (1991) utilise dans son analyse des rapports de domination paternaliste entre la FUNAI et les populations amérindiennes. Dans le cadre de la gestion de la lutte contre l'épidémie, le système de santé indigène en Amapá fournit une caricature de l'oppression paternaliste. L'équipe dirigeante basée à Macapá contrôle les peuples indigènes et leur impose ses décisions, tandis que la population ainsi contrôlée perd son pouvoir de décision en se soumettant chaque fois d'un cran supérieur à l'autorité imposée par l'équipe dirigeante. Seule l'association indigène APIO vient nuancer ce rapport de force grâce à l'impulsion de ses membres, mais encore faudrait-il qu'elle acquière un pouvoir plus important et qu'elle ne soit pas idéologiquement récupérée par les responsables politiques de la municipalité.

Il convient à cet égard de reconnaître que la situation des Indiens d'Oyapoque se détache du contexte national brésilien car 1) c'est le seul endroit où les autorités indigènes se sont appropriées l'espace politique de la FUNAI (jadis géré par des Blancs) ; 2) les organisations indigènes sont durablement consolidées grâce à la très dynamique organisation APIO ; 3) ils participent activement à la vie politique municipale et de l'État, ayant élu le premier maire indigène dans l'Histoire du pays. Certes, des efforts supplémentaires sont nécessaires de la part des acteurs indigènes pour mettre en place une politique de santé spécifique à leur condition de population frontalière. Ils doivent notamment transcender cette "distance structurelle" arbitrairement définie par le DSEI, l'État de l'Amapá et le Brésil.

En conséquence, l'élaboration de projets de santé prenant en compte la mobilité sociospatiale des peuples indigènes dans la région transfrontalière représente une priorité absolue. Adapter la prévention à la composante spatiale poserait les jalons pour garantir et consolider des actions ultérieures de combat efficaces contre l'épidémie. Il convient également de mieux faire participer ensemble les organisations indigènes, les ONG et les institutions de santé des deux pays. Le défi majeur, tant pour les systèmes de santé nationaux en France et au Brésil que pour les organisations indigènes, les divers segments sociaux et les ONGs engagés dans la lutte contre l'épidémie, est celui de la création conjointe d'un espace politique ouvert permettant de dégager de nouveaux axes directeurs. Appréhender et intégrer la diversité peut être source de créativité et d'éclairages nouveaux.

Politiques de tensions et politiques d'accalmie en Guyane

L'idéologie de la bonne santé qui inclut la parabole du migrant idéal devant être en pleine santé puise ses sources moins dans le souci d'évacuer la question de l'accès aux services de santé pour tous que dans la volonté manifeste d'apporter à quiconque venant d'ailleurs les normes d'une bonne conduite d'hygiène sociale et morale (Hours, 2001). Or les normes abstraites qui négligent ou méconnaissent les usages locaux, à l'image de la conception vernaculaire brésilienne du corps et du sang, produisent des phénomènes d'incompréhension et de marginalisation[88]. En mettant ainsi à jour les représentations que les acteurs de santé engagent pour imposer, manipuler et réinterpréter les règles

[88] De telles observations s'étendent à d'autres populations caraïbes : une communauté déjà marginalisée est investie d'une autre discrimination qui l'exclut doublement, ainsi que le dépeint avec brio Paul Farmer en Haïti.

de santé publique, on en vient à s'interroger sur les rapports de domination qui s'exercent à l'encontre de la population immigrée.

Disons qu'il s'agit plutôt d'une relation à sens unique que d'une interaction car ce qui prime c'est que les malades adhèrent aux consignes médicales, sans se soucier des contraintes qui les accablent. En réponse aux échecs d'adhésion de la population immigrée, la notion de culture est constamment évoquée. Un exemple édifiant est que les « aspects culturels », les « traditions », les « croyances » - pour reprendre les termes employés par les médecins et les gestionnaires de la santé – sont considérés comme de terribles obstacles incontournables mais difficilement abordables. Inversement, le fonctionnement et l'idéologie véhiculée par la médecine moderne ne sont guère remis en cause. Il en va de même des relations pourtant malaisées entre gestionnaires de la santé et gestionnaires de l'immigration. La surveillance accrue des frontières, les coups de filet de la PAF dans les quartiers sensibles, les contrôles incessants dans les villes et plus épisodiquement dans la forêt génèrent des « politiques de tension » en ce sens qu'elles montrent du doigt un phénomène qui n'est pas nouveau mais dont les armes du débat changent (on n'a plus autant besoin d'étrangers comme avant, ne sont acceptés que les migrants laborieux).

Les politiques de tension compromettent le recours aux soins. D'un côté, il est vrai que l'accès aux services de santé ne se restreint pas aux populations régularisées, notamment les pratiques de prévention qui incluent le dépistage des MST et du VIH. Tout laisse à penser que l'accès est même encouragé par les responsables de santé publique, ne serait-ce que pour se faire une idée du profil socio-épidémiologique de la population clandestine afin d'envisager l'ampleur du risque de diffusion et de propagation des maladies. Mais d'un autre côté, rien n'est fait pour les inciter à se faire soigner à partir du moment où la maladie implique une longue prise en charge. Il suffit de rappeler l'histoire d'une Carmina et celle d'une Rosa qui subirent des examens avant d'être évacuées sur Cayenne pour urgence puis, une fois rétablies, renvoyées au Brésil en dépit de leur sida déclaré, de leur grossesse et de leur situation de précarité extrême (seules, coupées de leurs familles, sans argent, originaires d'une région lointaine). Une femme enceinte étrangère et séropositive constitue une double menace : qui sait si son enfant ne demandera pas plus tard la nationalité française ? Sans compter que tous deux risquent de nécessiter des soins onéreux. Les parcours de nombreuses autres personnes sans papiers ou en attente de régularisation illustrent les réticences ou le désintérêt des services de santé qui ne poussent guère les investigations médicales en dépit des moyens, des liaisons et des réseaux dont ils disposent avec Cayenne, cela en dépit des directives sanitaires générales en vigueur sur tout le territoire français.

Ces phénomènes sont révélateurs de la collusion entre les contraintes inhérentes aux lois migratoires et les conditions d'accès à la santé dans la mesure où le corps médical explique sa difficulté à gérer dans le moyen et le long terme des malades sans autorisation de séjour. Pour empêcher l'expulsion du malade qui ne sait pas où aller, une des alternatives, au coût social et économique énorme, réside dans l'hospitalisation, alors que des visites à l'hôpital de jour ou en consultation externe une fois par semaine seraient largement suffisantes. En même temps, les gestionnaires de la santé reconnaissent qu'il leur est impossible d'adopter systématiquement de telles stratégies humanitaires d'internement, et que chaque cas mérite évaluation. On en revient à la politique du coup par coup où les acteurs de santé outrepassent de grès ou de force leur rôle et doivent s'investir dans les méandres de l'administration et des services sociaux

L'extraordinaire dispositif de soins dont dispose la Guyane est loin d'être équitablement partagé au sein de l'ensemble de la population. Les personnes en situation d'irrégularité en ont pleinement conscience et en essuient les frais. Étant elles-mêmes victimes des politiques de santé mal administrées qui exacerbent les disparités entre les populations du territoire, ainsi qu'entre les « bons » migrants et les « indésirables », doit-on s'étonner à ce que des tensions naissent, fassent tâche d'huile et se répercutent dans la vie quotidienne sous forme de violence, d'agression ou de haine envers les groupes sociaux privilégiés ? Rétroactivement, les comportements déviants d'une certaine partie de la population laissée pour compte ne font que légitimer les actes de stigmatisation et de rejet ainsi que le

refus des administrateurs et de la population locale de comprendre les difficultés d'insertion des immigrés.

Les prises de positions administratives sont pondérées par des politiques d'apaisement et d'accalmie, conséquences historiques d'un ensemble de revendications de la société civile française, donc applicables aux départements d'outre-mer. Certaines des mesures d'accalmie sont en outre spécifiques de la Guyane en raison de ses frontières géographiques, de sa pluralité linguistique et de sa complexité socioculturelle. Les droits d'accès à la santé puis au traitement par les antirétroviraux pour les immigrés ne se sont pas effectués du jour au lendemain. Les associations de France métropolitaine et de Guyane ont âprement lutté pour qu'à l'aube du 21ème siècle tout le monde (ou presque) puisse bénéficier de soins sans conditions de nationalité ni de régularité préalable sur le territoire (Menoret-Calles, 1997). Évidemment cela ne signifie pas une continuité des bonnes intentions dans la pratique car des personnes sous traitement figurent parmi les personnes congédiées. D'autres individus quittent de guerre lasse la Guyane sans savoir forcément où aller, car le retour au pays n'est pas toujours synonyme de retrouvailles sociales ni une garantie de sécurité économique pour l'avenir. Si une partie de la société civile veille à ce que de tels abus fondamentaux surviennent le moins possible, une frange de la population approuve en silence et développe de forts ressentiments envers un péril migratoire ressenti de façon exagérée. L'étranger, assimilé à un exportateur de tensions (Almeida, 1996), est invoqué en tant que déstabilisateur de la santé publique, ainsi que le retrace en catimini un rapport ministériel récent assimilant les Brésiliens à des sujets immoraux et à des vecteurs de maladies : jadis le choléra et plus récemment le sida et le paludisme (Taubira-Delannon, 2000). Le fait qu'ils se soignent « n'importe comment » ne serait pas sans conséquences sur les nouvelles formes de résistance à la chloroquine, *dixit* le rapport. Certes. Mais plutôt que d'accuser, il serait nettement plus pertinent de comprendre les conditions qui les poussent à agir ainsi et de voir en quoi le système de santé publique concourt à générer cette situation et devient en conséquence lui-même le créateur de tension.

En attendant, la santé se transforme en alibi pour évoquer une menace extérieure et justifier un renforcement du contrôle, au plus grand mépris des contextes de vie locale et des relations historiques et économiques qui sont à l'origine des vagues de migration. Les politiques d'accalmie viennent temporiser les excès : elles sont étiquetées sous le label « raison humanitaire », qui renvoie au caractère d'exception méritant d'être réévalué épisodiquement, voire ponctuellement. L'humanitaire est commode car il autorise à déroger de la loi sans la modifier. Il n'instaure pas de précédent. Des individus sans papiers ont ainsi la possibilité de rester sur le territoire si leur état de santé le justifie. Les démarches prennent du temps et, en ce qui concerne le sida, c'est essentiellement l'association Aides-Guyane qui s'évertue à lutter pour les droits sociaux et sanitaires des personnes appartenant à leur file active. Mais rien n'est jamais définitif ni généralisable. Les débordements relatifs à la politique de répression aux frontières restent toujours possibles et une vigilance constante s'impose. Autant de facteurs qui ne font qu'accroître le sentiment de marginalisation et d'insécurité chez les immigrés, y compris chez les personnes provisoirement régularisées ou en attente de l'être.

On ne peut toutefois se contenter de fustiger les logiques propres aux sphères médicale et administrative sans comprendre leurs contraintes de fonctionnement (ce qui n'implique pas de les justifier). Ces dernières subissent en Guyane d'énormes pressions de la part des élites locales et de certains groupes revendicatifs (mouvements identitaires, indépendantistes, syndicats de travailleurs créoles) qui associent dans leurs discours les étrangers à une menace réelle plus que potentielle[89]. Face à ces lobbies, l'État se donne la priorité d'assumer la stabilité du département, d'éviter les risques d'agitation, de garantir la fameuse paix sociale tout en s'attachant à renforcer les frontières. Les secteurs médicaux guyanais se trouvent donc, malgré eux, impliqués dans des enjeux d'ordre social, moral et politique qui leur échappent. Les acteurs de santé ont pleinement conscience de leur propre engrenage dans un système éminemment politique dont les tenants et les aboutissants les dépassent.

[89] A tel point que dans la commune de Maripassoula, les Brésiliens ont été à plusieurs reprises victimes d'un véritable pogrom (Marot, 2001).

De nombreux médecins éprouvent également un profond malaise à établir une relation avec les personnes de culture différente, ne serait-ce que pour des raisons de compréhension linguistique. En réponse, une distinction s'effectue entre le « bon » et le « mauvais » malade. Les acteurs directement engagés dans la lutte contre le sida perçoivent une série de contraintes supposées prendre ses racines dans des comportements humains, arbitrairement isolés de leur contexte. Une des entraves à l'application des programmes est ainsi rattachée à l'instabilité des malades. Un bon malade doit rester en place et venir quand on l'appelle sinon on le considère comme irresponsable à la fois à son égard et envers le projet de santé publique dont il est un des bénéficiaires directs. Ainsi se pose la question de l'imprévisibilité des Brésiliens clandestins (un jour là, un jour ailleurs) qui n'est guère compatible avec une certaine stabilité escomptée par les services de santé s'occupant de la prise en charge des malades.

Mais c'est surtout l'absence de marche à suivre et de directives précises à propos des populations non régularisées que déplorent les professionnels de la santé. Bien souvent, le corps médical se retrouve à prendre des décisions et des initiatives qui outrepassent leur fonction de soignant. Ainsi émergent les incompréhensions au sein du système de santé où malades, familles, société civile, corps médical, administrateurs, logisticiens et décideurs forment un grand réseau désuni, où chacun sait qu'une partie du processus global lui échappe, où l'un et l'autre sont condamnés et réduits à démasquer un bouc-émissaire. La société accuse l'État de ses atermoiements, à moins qu'elle ne déplore au contraire son intransigeance. Le médecin regrette que les décideurs de la santé soient incapables d'indiquer une voie cohérente et il en veut à son ignorant patient de ne pas suivre des consignes préventives et thérapeutiques aux normes universelles et abstraites. L'État déplore le manque d'implication des médecins, voire leur refus de comprendre les lois restrictives liées à l'immigration. Pourtant, au-delà de ces hiatus qui détériorent la qualité des relations entre soignants et soignés (Massé, 2000), l'ethnographie des parcours des immigrés brésiliens en temps de sida remet à l'ordre du jour l'idée toute simple, mais trop souvent négligée dans l'analyse des pratiques de santé, que les malades en quête de soins aspirent à un minimum de dignité et de reconnaissance sociale, savent se montrer réceptifs à une information adéquatement présentée à partir du moment où ils se sentent concernés et peuvent très bien se montrer conciliants s'ils perçoivent un minimum de compréhension de la part de leurs interlocuteurs.

Migration et réceptivité au VIH : bilan de l'étude

Suite à ces réflexions finales d'ordre général, quelques éléments forts issus de la recherche sont avancés en guise de conclusion générale[90]. Nous mettons l'accent sur les faiblesses relatives aux réponses institutionnelles en Guyane et sur les dynamiques sociales majeures qui concourent à une vulnérabilité accrue face à l'épidémie. Quelques suggestions sont ensuite proposées.

Les réponses institutionnelles

La situation alarmante de l'épidémie à VIH en Guyane française nécessite un renouvellement des manières de penser et gérer la prévention et les soins, au risque de déranger des habitudes bien ancrées. Ce renouvellement doit tenir compte de la position géopolitique, de la richesse pluriethnique et du pouvoir d'attraction du département. Par ailleurs, l'expérience du Brésil montre que la séparation

[90] Nous reprenons les résultats, ayant bénéficié de quelques modifications, présentés à São Paulo lors des rencontres annuelles Franco-brésiliennes (Bourdier & Lopez, 2002).

factice entre la prévention et les soins est préjudiciable. A ce titre l'accès des migrants, quel que soit leur statut, aux services de santé et au dépistage mérite d'être facilité et encouragé.

Disons d'emblée qu'il n'est guère possible de parler *en l'état actuel des choses* de l'existence d'une politique cohérente de lutte contre le sida en Guyane ni dans une moindre mesure en Amapá. En son absence, les différents acteurs conviés à travailler chacun dans leur secteur (administrateurs, praticiens, gestionnaires, associations) éprouvent du mal à s'y retrouver et l'efficacité du système de santé s'en trouve nettement altérée. L'extrême diversité de la population est reconnue avant tout comme un frein à la prévention mais aucun effort n'est entrepris pour comprendre les dynamismes socioculturels qui l'animent. D'où la relative incompréhension qui règne entre la population et les groupes de professionnels (médicaux, sociaux, etc.). L'incapacité, l'inertie ou le manque de volonté à comprendre les contextes sociaux dans lesquels s'ancre la maladie est une source de gabegie (sociale, économique) qui concourt à un mauvais fonctionnement de la santé publique. Certains points, tirés d'observations attentives, méritent une attention particulière. Pour plus de clarté, ils sont signalés séparément bien qu'intimement mêlés :

■ à l'image de ce qui a été avancé à propos des contradictions de la législation française (Bedos, 1998), il existe des tensions entre les logiques de gestion de la santé et les logiques de gestion de l'immigration. Les différents organes de l'État ne suivent pas les mêmes logiques et affichent des contradictions flagrantes. De telles tensions se retrouvent avec une acuité particulière en Guyane française. On est dans un contexte de fragmentation accentuée du système étatique où les élites politiques, les institutions judiciaires policières et sanitaires ne posent pas les mêmes principes au fondement de leur action. Cette fragmentation et cette contradiction créent des espaces où l'inégalité d'accès aux services de santé se développe ;

■ la décentralisation du programme anti-sida aux confins du Brésil comme en Guyane reste à l'état de projet alors que l'épidémie se diffuse dans les coins les plus reculés et isolés : chez les populations indigènes, dans les zones d'orpaillage mais aussi dans certaines zones enclaves urbaines. Ces lieux constituent des foyers potentiels inquiétants pour l'épidémie dans les années à venir. De telles prévisions, confortées par ce que nous appelons le « réveil » des données épidémiologiques, se renforcent par nos observations anthropologiques concernant la gestion du risque décrites dans le présent travail ;

■ les zones frontières de l'Amazonie orientale représentent les parents pauvres en matière d'attention et de suivi des programmes. Les embryons de services de santé à proximité des espaces frontaliers se caractérisent par leur éloignement géographique, leur précarité en ressources matérielle et humaine. Comme il a été montré ailleurs (2001b), les possibilités de dépistage sont rares et contraignantes et les gouvernements accordent peu d'attention aux relations entre santé, frontière et migration ;

■ l'absence d'une concertation internationale au niveau des politiques anti-sida dans les zones transfrontalières associée au peu de cas que l'on fait de ces milliers de migrants nationaux et internationaux conduisent à créer des « zones épidémiques franches » propices au développement de l'épidémie ;

■ les efforts pour mobiliser la population migrante, temporairement installée ou en transit, restent ardus car la population mobile s'intègre peu dans les circuits sociaux locaux. Par ailleurs, contrairement au reste du Brésil et en France métropolitaine, les mouvements associatifs dans le Nord amazonien comme en Guyane sont faibles, étouffés, et leur participation à l'élaboration des politiques ainsi qu'à la construction d'un espace public pour débattre de l'épidémie demeure très marginale[91] ;

■ d'une manière générale, les tentatives pour mobiliser la population dans son ensemble sont grevées par la politique du silence qui règne de part et d'autre de la frontière franco-brésilienne. Les stratégies de prévention restent timorées et se contentent de slogans sans chercher à remanier les pressions sociales qui nuisent à la mise en pratique des moyens de se prémunir et sans effleurer les problèmes de fond comme la pauvreté, l'exclusion, la violence structurale et la discrimination.

Dynamique de l'épidémie et logiques sociales des personnes contaminées

■ les profils migratoires divergent suivant les lieux, les hommes, les circonstances et les rapports de sexe. L'identification de chacun de ces profils a permis de repérer des situations de vie, donc des rapports à la sexualité, à la maladie et aux soins, avec lesquels les stratégies de lutte contre le sida doivent négocier. Chaque unité sociale connaissant une situation particulière mérite une attention adaptée dans le domaine de la prévention et des soins, qu'il s'agisse des orpailleurs autonomes, des populations indigènes, des femmes qui se déplacent en fonction des rencontres successives ou des jeunes adolescents qui migrent vers les centres urbains et sont livrés à eux-mêmes ;

■ chez les sans-papiers ou les migrants non encore régularisés de la Guyane comme chez ceux qui parcourent l'Amazonie brésilienne, c'est surtout quand la maladie se développe, affiche une visibilité et devient un obstacle pour les pratiques de vie quotidienne que les personnes redoublent de vigilance, et se dirigent, parfois trop tard, vers les structures de soins ;

■ on remarque une tendance fréquente chez les hommes dépistés positifs asymptomatiques à délaisser provisoirement leur environnement familier, mener une vie itinérante, expérimenter de nouveaux horizons et reconstruire de nouvelles attaches sociales jusqu'à ce que la manifestation de signes cliniques agisse comme un déclencheur de retour. Inversement, les femmes tendent à renforcer plus précocement les réseaux sociaux de solidarité et à se montrer plus attentives au suivi médical dès l'annonce de leur séropositivité ;

■ il existerait un lien entre cohésion sociale et meilleure équilibre de la santé. L'éclatement des familles au Brésil, la séparation précoce entre les parents et les enfants qui se retrouvent très tôt livrés à eux-même et l'isolement fréquent des migrants constituent des facteurs de vulnérabilité accrue. L'élément clé pour une bonne prise en charge durable de la personne contaminée par le VIH se trouve dans la qualité du micro-environnement physique et social plutôt que dans un lien mécanique santé/richesse ;

■ enfin, il convient d'insister sur le fait qu'ici encore, la barrière la plus préjudiciable est la stigmatisation. Les participants de ce projet se sont toujours demandés si c'était un hasard si les personnes malades rencontrées à Macapá, Belém ou en Guyane qui abandonnaient ou prenaient irrégulièrement leur traitement (ou plus encore si celles qui mourraient le plus systématiquement)

[91] Ce point n'a pas été abordé ici mais pour plus de détails, il est possible de se reporter au rapport ANRS final (2003b).

étaient également celles qui avaient été rejetées par leur environnement social. Ces observations purement empiriques font pourtant écho à des études réalisées en Europe montrant que le manque de liens sociaux et communautaires aurait des effets dépréciatifs sur l'expérience de vie et le désir de mourir, plus ou moins inconscient, chez les individus malades du sida (Parpart *et al.*, 2001).

* *
*

Au terme de ce travail, il serait regrettable de ne pas toucher un mot sur les retombées attendues, sachant néanmoins que les portées pratiques et un certain nombre de propositions concrètes sur lesquelles nous ne reviendrons pas ici ont été développées dans d'autres écrits (Bourdier, 2002e & 2002f). Au niveau régional, la recherche ambitionne d'améliorer la connaissance des facteurs déterminant la propagation de l'épidémie à VIH chez une population peu connue et souvent mal intégrée, de mieux comprendre les manques et défauts propres à l'implantation locale des campagnes de prévention insuffisamment ciblées sur les populations migrantes. A travers les quelques témoignages et observations retranscrits au cours des chapitres, nous avons pu démontrer que la gestion des risques et la gestion du suivi médical dépendent étroitement d'un contexte social qu'il s'agit de mettre en lumière afin de déceler les tendances qui émergent. La recherche soulève avec acuité les problèmes éthiques qui surgissent suite aux difficultés d'accès au dépistage et aux structures de soins efficientes pour ceux de passage ou habitant des lieux excentrés. Elle contribue *in fine* à confronter les logiques institutionnelles avec les logiques des populations contaminées dans la mesure où l'annonce de la séropositivité ne se traduit pas par une adhésion systématique au suivi médical, encore moins par une observance thérapeutique.

A un niveau plus général, on ne peut faire l'épargne d'une réflexion sur la coordination des programmes de lutte contre le sida dans une région interfrontalière où les déplacements de populations doivent faire l'objet de mesures qui pour rester pertinentes ne peuvent être prises isolément. Plus que jamais, une gestion spatiale et sociale intégrée de l'épidémie s'impose. Nos analyses qui identifient des réseaux et des configurations sociales devraient permettre de mieux cibler les interventions sur les personnes migrantes esseulées afin qu'elles soient mieux écoutées, prises en considération avec davantage de lucidité et surtout, dans le cas de personnes séropositives, afin que leur insertion dans leur famille, société, pays d'origine ou d'accueil se fasse de façon mieux planifiée, mieux gérée et de manière plus humanisée et non pas au coup par coup, un peu à la tête du patient, comme c'est actuellement le cas en Guyane française à l'égard des immigrés non régularisés. Il va de soi que la présente recherche n'a aucun prétention exhaustive et qu'elle constitue une invitation à se pencher sur les autres populations qui confèrent à la Guyane sa richesse culturelle et sociale.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Act Up-Paris *Allitérations juridiques*, www.actup.org/article112.html

Act Up-Paris *Vos droits face aux administrations*, www.actup.org/article295.html

Act Up-Paris *Inexpulsables mais indésirables*, www.actup.org/article114.html

Aides Guyane *Rapport d'activité 2001*, Cayenne, 2002, ronéotypé.

Almeida A.W.B (de) Exportações de tensões na Amazônia : brasivianos, brasuelanos e brajolas – identidades construídas no conflito, *Travessia Revista do Migrante*, 25, maio 1996 : 28-36

Aragon L. & L.J.A. Mougeot (sous la direction de) Migrações internas na Amazonia. Contribuções teóricas e metodologicas, *Cadernos do NEIA*, 8, Belém, 1986 Universidade federal do Pará, 254 p.

Aranha V. Os albergues dos migrantes no interior do Estado de Saõ Paulo : programas de ação social o políticas de circulação da população ? *Travessia Revista do Migrante*, 25, maio 1996 : 25-29

Arnaud E. Os Índios da região do Uaçã (Oiapoque) e a proteção oficial brasileira, *Boletim do Museu Parense Emílio Goeldi,* Belém,15 julho 1959, 40 : 1-37

Arouck R. Des Brésiliens en Guyane française.Nouvelles migrations internationales ou exportation des tensions sociales de l'Amazonie ? *Lusotopie,* 2001 : 67-78

Arouck R. *Brasileiros na Guiana francesa : um grupo em vias de integração ? A colonia brasileira na Guiana francesa : relações interétnicas, fronteiras e construção de alteridades*, Belém, 2000, NAEA

Atkinson S.J. Facanha Farias M. Perceptions of Risk during Pregnancy amongst Urban Women in Northeast Brazil, *Social Science and Medicine*, 1995, 41 (11) : 1577-1586

Baines S.E. *É a FUNAI que sabe. A frente de Atração Waimiri-Atoari*, Belém, 1991, Museu Goeldi, Coleção Eduardo Galvão, 361 p.

Barbosa L. *O jeitinho brasileiro. A arte de ser mais igual que os outros*, Rio de Janeiro, 1992, Editora Campus, 153 p.

Barcellos C. *et al. Situação da epidemia de HIV/aids nas áreas de fronteira do Brasil, Rio de Janeiro,* 2001, departamento de Informações em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 70 p. (ronéotyp.)

Becker B.K. *Amazônia*, São Paulo, 1991, Atica (collection Princípios)

Bedos J.L. Les contradictions de la législation française in Lebas, J. et P. Chauvin, *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998 : 103-106

Bharat S. HIV/AIDS and the family. Issues in care and support, *The Indian Journal of Social Work,* Bombay, April 1995, 54(1)

Bourdier F. Les illusions du grand partage *in Isabelle Gobatto (sous la direction de) Vues d'Afrique. Les pratiques de santé dans un monde globalisé,* Paris, 2003, MSA/Karthala, 19 p.

Bourdier F. (sous la dir. de) *Migration et sida en Amazonie française et brésilienne*, Paris/Belém, Rapport final ANRS, mars 2003b, 452 p.

Bourdier F. & C. Lopez *Bilan et retombées scientifiques du programme migration et sida en Amazonie française et brésilienne*, São Paulo, journées ANRS - Coordination nationale MST/sida franco-brésiliennes, 10 décembre 2002, 12 p.

Bourdier F. & M.R. Cardoso *Women from Pará (Brazil) and Social Construction of Vulnerability to HIV/AIDS*, Actes du colloque nord Amazonien sur les femmes et le développement durable en Amazonie, Belém, 26-28 mai 2002 (en voie de publication), 15 p.

Bourdier F. Le migrant, l'ethnologue et le médecin confrontés au VIH : précarité des uns et croyances des autres dans le contexte guyanais, *Dérades (Revue caribéenne de recherches et d'échanges*), n°9, décembre 2002a 11 p.

Bourdier F. Malades et maladies en exil : les migrations brésiliennes en Guyane française à l'épreuve du sida, *Sciences sociales et santé*, Paris, septembre 2002b 20(3) : 5-27

Bourdier F. *Geo-anthropological and Political approach of AIDS : Views from Brazil and India* », proceedings of the French-Indian Symposium, Pondicherry, 9-10 April 2002c *n* Patrice COHEN (en voie de publication), 13 p.

Bourdier F. *Le sida et la question transfrontalière en Guyane*, rapport pour le ministère des Affaires Étrangères, Belém/Paris, 28 février 2002d ronéotypé, 4 p.

Bourdier F. *Le sida en Guyane française : défis sociaux et enjeux sanitaires»,* Paris/Cayenne, Rapport pour la Commission nationale du sida, Paris, 6 mars 2002e ronéotypé, 6 p.

Bourdier F. *The ongoing epidemic. Human mobility and hiv/aids policy in northern Brazil and French Guyana,* Bordeaux/Bruxelles, 2001a Final Report for the European Project, 103 p.

Bourdier F. Trajectoires sociales entre l'Amazonie française et brésilienne des personnes contaminées par le VIH, *Revue Migrations et Santé*, Paris, 2001b 104 : 79-90

Bourdier F. *Sexualité et sociabilité en Inde du sud : familles en péril en temps de sida*, Paris, 2001c Karthala, 430 p.

Bourdier F. Conditions de vie, comportements sexuels et risques d'exposition au VIH en Inde méridionale, Paris, rapport ANRS, 1998, 225 p., ronéotypé.

Bourgarel S. Guyane française ou sud-américaine ? La réponse en matière sanitaire*, Les Annales de Géographie, 1994, 578*

Bozon M. & E. Enoch Brésil : la transition démographique rapide d'un pays hétérogène, *Populations et Sociétés*, avril 1999, 345 : 1-4

Bozon M. & M.L. Heilborn Les caresses et les mots. Initiation amoureuse à Rio de Janeiro et à Paris, *Terrain,* septembre 1996, 27 : 37-58

Brézovsek A. L'accès aux soins des immigrés illégaux à Lyon : description, analyse et recommandation, *Migration et santé*, Paris, 2001, 107 : 29-56

Brito (de) A.M., Castilho (de) E. & C. Landmann Szwarcwald AIDS e infecção pelo HIV no Brasil : uma epidemia multifacetada, *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, março-abril 2001, 34(2) : 207-217

Browder J.D. & B.J. Godfrey Metropolitan centers in Amazonia : Regional cities and urban primacy *in* Rainforest cities. Urbanization, Development and Globalization. The Brazilian Amazon, New York, 1997, Columbia University Press: 122-159

Buchillet D. Tuberculose et santé publique, *Autrepart*, Paris, IRD, 2001, 19 : 71-90

Calmont A. Les pays de l'Oyapock, *Equinoxe*, Cayenne, Biblothèque de Guyane, n.d., 5 : 28-50

Campbell C. & B. Williams *Mineworker's perceptions of health and illness*, Joannesburg, 1996, Epidemiology Research Unit, 32

Campbell C. Migrancy, Masculine Identities and AIDS : The Psychosocial Context of HIV Transmission on the South African Gold Mines, *Social Science and Medicine*, 45(2), 1997 : 273-281

Canesqui A.M. *Dilemas e desafios das Ciências sociais na saúde coletiva*, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, Hucitec-Abrasco, 165 p.

Cardes E. *L'accessibilité à la couverture maladie en Guyane française*, communication présentée aux journées Intercisih, Saint-Laurent du Maroni, 24-26 octobre 2002

Castilho E.A. & P. Chequer *Epidemiologia do HIV/AIDS: enfrentando a epidemia no Brasi*l, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, ABIA, 1997b

Chalifoux J. Projet interculturel et complexité culturelle en Guyane française, modèles théoriques et études de cas *in* S. Mam-Lam Fouck (sous la direction de*) L'identité guyanaise en question : les dynamiques interculturelles en Guyane française*, Kourou, 1996, P.U. Créoles, Ibis Rouges : 85-114

Chardin Ch. Accès aux droits sociaux et administratifs en France, *Migration et santé*, Paris, 2001, 107 : 57-72

Chérubini B. L'évolution des relations interethniques en Guyane, *Les Dossiers d'Outre-Mer*, « Guyane », 4ème trimestre 1985 : 95-103

Daniel H. & R. Parker *Sexuality, Politics and AIDS in Brazil in an Other World*, London, 1993, The Falmer Press

Diallo M.A. *Le problème de la prise en charge des malades séropositifs d'origine étrangère dans les structures de soins en Ile de France*, DEA Santé publique, Paris, 1993, Université René Descartes

Dillies-Flautre B. *Bilan sanitaire d'une communauté amérindienne du Haut Oyapock* (Guyane), Thèse de médecine, Rouen, 1985, Université de Médecine de Rouen

Dorai M., Hily M.A. & E. Ma Mung La circulation migratoire. Bilans et travaux, *Migrations Études*, décembre 1998, 84 : 12 p.

Dozon J.P. & D. Fassin, Critique de la santé publique. Une approche anthropologique, Paris, 2001, Balland, 362 p.

Ellis M. & C. Muschkin, Migration of persons with AIDS. A search for support from elderly parents ? *Social Science and Medicine*, Oxford, 1996, 43(7)

Ellis M. *The post diagnosis mobility of people with AIDS*, Environmental Plan, 1997

Epstein S. *La grande révolte des malades, Histoire du sida 2*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 2001, 310 p.

Evans-Pritchard E.E. *Los Nuer*, Barcelona, 1997, Anagrama

Fainzaing S. L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques, *Sciences sociales et santé*, juin 2001, 19(2) : 5-27

Fassin D., Morice A. & C. Quimical, *Les lois de l'inhospitalité, les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*, Paris, 1996, La découverte.

Fassin D. *Les enjeux politiques de la santé*, Paris, 2000, Karthala, 344 p.

Fathala M. Introduction. in *Introducing Sexuality within Family Planing,* The Experience of Three Prevention Projects from Latim America and the Caribbean. Quality/ Calidad/ Qualité, 8, 1997

Foucault M. Surveiller et *Punir*, Paris, 1987, Gallimard

Gallibour E. *La prise en charge des Haïtiens infectés par le VIH en Guyane française. Bilans et perspectives,* Paris, Sidaction, décembre 2000, 225 p.

Giacottino J.C. *Les Guyanes*, Paris, PUF, 1984, Que Sais-je ? 127 p.

Giami A. De Kinsey à aids: a evolução da construção do comportamento sexual em pesquisas qualitativas *in* M.A. Loyola (sous la direction de) *Aids e sexualidade* : *o ponto de vista das ciências humanas*, Rio de Janeiro, 1994, Relume Dumará

Giraud M. Entre particularités épidémiologiques et spécificités culturelles : l'enquête sur les comportements sexuels aux Antilles et en Guyane françaises, *Sciences sociales et santé*, décembre 1997, 15(4) : 73-93

GISTI (groupe d'information et de soutien aux immigrés) *En Guyane et à Saint-Martin. Des étrangers sans droits dans une France bananière*, Paris, mars 1996, publication du GISTI, 145 p.

Global aids policy coalition *Aids in the world: Redefining the Pandemic,* Yokohama, 1994*,* Harvard School of Public Health/François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights

Goffman I. *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, Rio de Janeiro, 1988, Editora Guanabara

Goldstein D.M. AIDS and Women in Brazil: The Emerging Problem, *Social Science and Medicine,* 1994, 39(7) : 919-929

Gorgeon C. La communauté brésilienne en Guyane : un groupe en voie d'intégration ? *Les dossiers d'Outre-mer*, 4ème trimestre 1986, 85 : 44-49

Gould P. *Slow Plague: A Geography of the Aids Epidemic*. Oxford, 1993, Blakwell

Governo do Brasil *Principais ações e produtos da Coordenação Nacional de DST e AIDS em 1997,*

Brasília, 1998

Governo do Brasil *AIDS II: desafios e propostas*. Documento preliminar de discussão. 2ª versão, Brasília, 1998

Gregg E. La précarité : un défi de santé publique, *Migration et santé*, Paris, 2001, 107 : 7-28

Grenand F. Famille et Corps Social : Cohérence interne et Conflit avec l'extérieur. L'exemple de deux populations amérindiennes, les Wayampi et les Palikour" *in* Collectif : *Familles En Guyane*, Paris, 1993, Éditions Caraïbéennes : 31-38

Grenand F. & P. Grenand *Note sur l'impact du RMI sur les Amérindiens de la commune de Camopi*, Rapport à l'attention du Préfet de Guyane, sur sa demande, Paris, Orstom, 1990, 7 p.

Griffit H. Un ticket pour la légalité, *France Guyane*, 19 septembre 1995 : 16

Guery P. et J. Tartier *Dossier : l'immigration en Guyane*, Cayenne, 1983, 18 p.

Guimarães C.D. *Aids no feminino. Por que a cada dia mais mulheres contraem a Aids no Brasil*, Rio de Janeiro, 1999, Editora UFRJ, 231 p.

Haour-Knipe M. & R. Rector *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS,* London, 1996,Taylor and Francis

Haour-Knipe M. Migrant population : the development of something to evaluate, *Social and Preventive Medicine*, n.d. , 39, supplement 1 : 79-94

Hours B. (sous la direction de) *Systèmes et politiques de santé*, Paris, 2001, Karthala, 358 p.

IBGE *Censo Demográfico 2000*, Rio de Janeiro, 2000, IBGE

Incão (d') M.A & M.L. Alvares (sous la direction de) *A Mulher existe ? Uma Estudo da Mulher e Gênero na Amazônia*, Belém, 1995, Museu Goeldi : coleção Eduardo Galvão

INSEE *Tableaux Economique Régionaux de la Guyane,* Paris, 1995, INSEE

Knauth D.R. *Doença dos outros: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS,* Rio Grande do Sul, 1996, NUPACS: UFRGS (Série "Textos de divulgação, nº1)

Knauth D.R. *Le sida chez les femmes : maladie et quotidien dans les groupes populaires au Brésil*, Thèse de doctorat, Hautes Écoles des Sciences Sociales, Paris, 1996

Kongsin S. *Economic impacts of HIV/AIDS Epidemic and Development in Asia and the Pacific,* St Leonards NSW, 1997, Allen and Unwin : 89-101

Larosa E. *Santé, Précarité et exclusion*, Paris, 1998, Presses Universitaires de France

Lavollay M. Les véritables enjeux de l'accès aux traitements, *Le journal du sida et de la démocratie sanitaire*, 140-141, novembre-décembre 2001 : 13-14

Leão A.Z. *Amazônia. Fronteira e internacionalização de conflitos. O aviamento das Brasileiras trabalhadores do Sexo no Suriname*, Belém, 2001, editora Ida, 78 p.

Lebas J. & P. Chauvin, *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998

Lecorps Ph. La santé publique, un engagement de citoyen, *Sciences sociales et santé*, septembre 2000, 18(3) : 77-81

Lehoux P. Cohabitation des perspectives moderne et post-moderne dans la recherche en santé publique. Controverses et propositions, *Sciences sociales et santé*, septembre 2000, 18(3) : 37-73

Léna Ph. & Oliveira (de) A.E. (sous la direction de) *Amazônia. A fronteira agrícola 20 anos depois*, Belém, 1991, Museu Paraense Emílio Goeldi, Coleção Eduardo Galvão, 363 p.

Leonardi V. *Fronteiras amazônicas do Brasil*, Brasilia, 2000, 176 p.

Lézy E. *Guyane Guyanes. Perceptions et représentations de l'espace compris entre l'Orénoque et l'Amazone*, Thèse de doctorat, Université Paris X – Nanterre, Paris, 1998, 5 volumes

Lézy E. *Guyane, de l'autre côté des images*, Paris, 1989, L'Harmattan

Lombrail P. A propos des liens entre santé et migration, *Sciences sociales et santé,* décembre 1999, 17(4) :37-43

Lopes da Silva A.P. et al. *Prostituçao & Adolescência : Prostiução Juvenil no Interior do Para : Trompetas e os Garimpos do Vale do Tapajos*, Belém, 1997, Cejup, 248 p.

López Garcés C. L. *Ticunas brasileros, colombianos y peruanos. Etnicidad y nacionalidad en la frontera del alto rio Amazonas/ Solimões*, Brasilia, 2000, Tese de Doutorado em Antropologia, Universidade de Brasília

López Garcés C. L. *Etnicidade e nacionalidade nas fronteiras Amazônicas. Índios brasileiros e franceses. Os povos Karipuna, Galibi e Palikur da região fronteiriça do baixo rio Oiapoque*, Belém, Museu Paraense Emílio Goeldi, Relatório parcial de pesquisa, 2001, 76 p., ronéotypé

Lot F. Les données du Sida dans la population étrangère en France, *Hommes et migrations*, 2000, mai-juin, 1225 : 83-87

Lurie *et al.* Socioeconomic Obstacles to Hiv Prevention and Treatment in Developing countries : the Roles of the International Monetary Fund and the world Bank, 1995, *aids*, 9 : 539-546

Mam-Lam Fouck S. *L'identité guyanaise en question : les dynamiques interculturelles en Guyane française*, Kourou, 1996, P.U. Créoles (Ibis Rouges), 232 p.

Mann J. & D. Tarandola (sous la direction de) *Aids in the world II*, New York, 1996, Oxford University Press

Margolis M.L. *Little Brazil. Imigrantes brasileiros em Nova York*, São Paulo, 1993, Papirus, 452 p.

Margolis M.L. A minoria invisível : imigrantes brasileiros em Nova York, *Travessia Revista do Migrante*, 25, maio 1996 : 9-15

Marin R.A. (sous la direction de) *A escrita da historia paraense*, Belém, 1998, editora NAEA, 217 p.

Marins J.R.P., Chequer P., Teixeira P.R. *et al.* Sobrevivência atual dos pacientes com aids no Brasil. Evidência dos resultados de um esforço nacional, *Boletim epidemiológico da AIDS*, Brasilia, 2002, 15(1) : 37-47

Marot L. & *et al.* Loi de la jungle en Guyane (suivi de) Pour l'or de Maripassoula, Paris, *Le Monde*, 7 juillet 2001 : 10-11

Martes A.C.B. Tabalhadores brasileiras em Boston, *Travessia Revista do Migrante*, 26, setembro 1996 : 19-23

Massé R. La santé publique comme nouvelle moralité, *Cahiers de recherches éthiques*, Montréal, 1999, Fides, 22 :157-174

Massé R. *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal/Paris/Casablanca, 1995, Gaëtan Morin

Masteau A. *La frontière franco-brésilienne de l'Oyapock Guyane-Amapá. Essai de géographie culturelle et politique*, Paris, Thèse de doctorat Paris 3, 1997, 703 p., non publiée

Mathé L. *Les maladies sexuellement transmissibles et l'immigration d'après l'expérience du dispensaire anti-vénérien de Cayenne*, Clermond-Ferrand, 1999, thèse de médecine, Université de Clermont-Ferrand, ronéotypé

Matta (da) R. *A casa e a rua. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*, Rio de Janeiro, 1997, Roco

Matuzac G. Aucune bête ne l'aurait fait, *France-Guyane*, vendredi 5 janvier 1993 : 6

Mauren-Lascaux P. *La Guyane*, Paris, 1990, Karthala

Menget P. Indiens superstars, *Géo*, janvier 1989, 119 : 26-37

Menoret-Calles B. L'accès aux soins des populations démunies, Paris, 1997, L'Harmattan

Ministério da Saúde *Aids e sustentabilidade : sobre as ações das organizações da sociedade civil*, Brasilia, 200, Ministério da saúde, 130 p.

Monterio J.B. *O garimpeiro do sul e sudeste paraense*, Maraba, 1999, (ed. local), 84 p.

Moraes Silva M.A. (de) *Errantes do fim do século, São Paulo*, 1998, Editora Unesp, 370 p.

Moreira M.M. & A.H. Moura (de) *As migrações na região norte em período recente: uma abordagem preliminar,* Instituto de Estudos Sobre a Amazônia, 1997, IESAM/Fundação Joaquim Nabuco/FUNDAJ

Morracchini Ch. Étrangers en France : comment se soigner ? *Remaides*, juin 2001 : 22-24

Neves F.C. A seca e o homen : políticas anto-migratórias no Ceará, *Travessia Revista do Migrante*, maio 1996, 25 : 18-24

Orru J.F. *Les communautés isolées de Guyane et la France, de la colonisation à la globalisation*, 2 volumes, Paris, Thèse de doctorat em Géographie, Université de Paris, décembre 2001, ronéotypé (mis à disposition sous CD par l'auteur)

Painter T. *Migration et sida en Afrique de l'Ouest, étude des migrants du Niger et du Mali en Côte d'Ivoire,* New-York, 1992, Care Organization

Papart J.-P., Chastonay, Ph. & D. Froidevaux L'économie contre la santé : un devoir de résistance pour la santé publique *in* Rainhorm, J.-D. & M.J. Burnier *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du 21ème siècle*, Paris, 2001, PUF: 267-278

Parker R. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*, Rio de Janeiro, dezembro 1994a , ABIA, IMS/UERJ, Relume Dumará

Parker R. *Epidemiologia Social da Aids*, Relatório do primeiro Seminário Mineiro sobre Ong's e Aids, GAPA/VHIVER, MUSA, 1996a

Parker R. *Políticas, instituições e AIDS. Enfrentando a Epidemia no Brasil,* Rio de Janeiro, 1997, Jorge Zahar Editor / ABIA, 183 p.

Parker R. Administering the Epidemic: HIV/AIDS Policy, Models of Development and Intenational Health in the Late-Twentieth Century *in* Whitehead, L.M. & L. Manderson (sous la direction de) *Globalization, Health and Identity: the Fallacy of the Level Planning Field. Boulder*, Colorado: Lynne Reinner Publishing Company, n.d.

Peyrat D. (sous la direction de) *L'accès au droit en Guyane*, Kourou, 1998, Ibis Rouges Éditions, 179 p.

Picard J. *Les marchands de rêve*, Paris, 1995, l'Harmattan

Pourette D. Les migrants guadeloupéens en Ile-de-France. Gestion du risque de contamination et vécu de la séropositivité : un retour nécessaire aux sources de la formation sociale guadeloupéenne *in* Collectif ANRS *Sida, immigration et inégalités. Nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, Paris, 2002, ANRS : 99-111

Putter (de) J. AIDS & Mobility : the state of affairs in Europe on AIDS and STDs in migrants, ethnic minorities and other mobile groups, Brussels, June 1998, European Commission, 238 p.

Rainhorm J.D. & M.J Burnier (sous la direction de) *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXIè siècle*, Paris, 2001, PUF (Nouveaux Cahiers de l'IUED), 330 p.

Rivière Ph. Batailles équivoques contre le sida, *Le monde diplomatique*, juillet 2001 : 3

Rodrigues R. *Mulheres de Ouro : O Trabalho feminino nos Garimpos de Tapajos*, Belém, 1994, Seicon.

Sahlins P. Repensando Boundaries *in* Grimson (sous la direction de) *Fronteras, naciones e identidades. La periferia como centro,* Buenos Aires, 2000, Ediciones CICCUS - La Crujia : 41-49

Sales T. *Brasileiros longe de casa*, São Paulo, Cortez editor, 1998, 232 p.

Sales T. & Baeninger Migrações internas e internacionais no Brasil, panorama deste século, *Travessia Revista do Migrante*, 36, janeiro 2000 : 33-44

Sales T. O Brasil no contexto das novas migrações internacionais, *Travessia Revista do Migrante*, 21, janeiro 1995 : 5-9

Sanchez K. *et al*. *The effect of AIDS on mortality in Rio de Janeiro*, X Conferência Internacional de AIDS, Yokohama, agosto 1994

Savignoni A. *et al. Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France*, Paris, avril 1999, Institut de veille sanitaire : 3-9

Scheper-Hugues N. Infant mortality and infant care: cultural and economic constraints on nurturing in Northeast Brazil, *Social science and medicine*, 1984, 19(5) : 535-546

Sircar D. & H.R. Tewari Migration Mobility and HIV Infection, *Social Action*, 46, October-December 1996

Skeldon R. *Population Mobility in Developing Countries: A Reinterpretation*, London, 1990, Belhaven

Tanaka N., Bellucci S.B., Heringer E., Loures L.M., Gomes F. & LG.M. Rodrigues Native Americans of Brazil need a specific prevention programme on STD/AIDS. *International Conference of AIDS,* 1996 July 7-12, 11(1): 372 (abstract n° Tu.C.2620)

Targino I. *et al.* Migração sazonais e saúde do trabalhador, *Travessia Revista do Migrante*, setembro 1994 : 13-14

Tartinville S. Immigration étrangère et natalité. Leurs parents sont venus d'ailleurs, *Antiane*, janvier 1998, 36 : 3 p.

Taubira-Delannon Ch. *L'or en Guyane, Éclats et artifices*, Cayenne/Paris, 2000, 139 p., Rapport à Monsieur le Premier Ministre

Teborg J. & K. Boven *Social behaviour and STD among Maroon and Indigenous populations in the Hinterland of Suriname*, Medical Mission Prohealth, Paramaribo, February 1999, 127 p.

Teixeira P.R. Políticas públicas em Aids *in* R. Parker (sous la direction de*) Políticas instituições e aids: enfrentando a epidemia no Brasil,* Rio de Janeiro, 1997, Jorge Zahar: ABIA : 43-68

Terto Jr. & R. Parker As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil *in* Rede Brasil (sous la direction de) *As estratégias dos bancos multilaterais para o Brasil* (2000/2003), Rio de Janeiro, 2001, Rede Brasil

Thery H. *Le Brésil*, Paris, Armand Colin, 2000, 283 p.

UNESCO & UNAIDS *Migrant populations and HIV/AIDS : The development and implementation of programmes : theory, methodology and practice*, Paris/Geneva, June 2000, 67 p.

Vainer C.B. A violência como fator migratório : silêncios teóricos e evidências históricas, *Travessia Revista do Migrante*, 25, maio 1996 : 5-9

Verani C.B.L. A política de saúde do Índio e a organização dos services no Brasil, *Bulletim do Museu Paraense Emílio Goeldi, Belém*, 1999, 15(2) : 171-192

Vidal L. *Femmes en temps de sida*, Paris, 2000, Presses Universitaires de France, 195 p.

World Bank *Acordo de empréstimo (Projeto de Controle da AIDS e das DST) entre a República Federativa do Brasil e o Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento"*, 16 março, 1994, tradução juramentada do Projeto 3659 BR

World Bank World Development Report, *Confronting AIDS*, *Public Priorities in a Global Epidemic*. Oxford, Oxford University Press, 1997

Zanoni M. & H. Lamarche (sous la direction de) *Agriculture et ruralité au Brésil. Un autre modèle de développement*, Paris, 2001, Karthala, 341 p.

Zecchini P. *Dynamique d'une immigration : les Brésiliens en Guyane française*, Aix-en-Provence, Maîtrise de géographie, Université de Provence Aix-Marseille II, 2001, 310 p.

Glossaire

Aldeias	Les réductions au temps des jésuites. Actuellement, désigne tout village amérindien.
Alegre, gay	Gay revendiquant une identité sexuelle.
Amigamento	Relation affective qui implique l'exclusivité entre les deux partenaires.
Assentamento	Front pionner agricole géré par l'INCRA.
Aventureiro	Aventurier. Chez les migrants, connotation négative liée à l'insouciance.
Aviamento	Relation de dépendance complexe de maître à personnes subordonnées.
Baixão	« Le fond », endroit où l'on extrait l'or.
Bater um papo	« Discuter un coup », parloter, bavarder.
Bicha, Miche	Homosexuel, parfois travestis (à Belém)
Biscate	Celle qui provoque, qui vient à domicile.
Boate	Boîte avec entraîneuses, bordel.
Bóia-fria	Travailleurs saisonniers errant de lieu en lieu pour vendre leur force physique.
Brajolas	Brésiliens (essentiellement orpailleurs et ouvriers) travaillant en Guyane française.
Caatinga	Végétation du Sertão (intérieur du Nordeste).
Caboclo	Habitant de l'intérieur, apparenté à un métis d'Indiens, de Blancs et de Noirs.
Caipira	Terme légèrement péjoratif pour désigner quelqu'un de l'intérieur.
Comodista	Personne qui s'accommode des situations acquises, sans initiative.
Corrutela	Ville, zone ou quartier « champignon ».
Cafetão	Souteneur, maquereau.
Cara de páu	Individu douteux, à qui l'on ne peut pas se confier.
Catrai	Bateau à moteur qui font la navette entre Oyapoque et St Georges.
Comodista	Celui qui complait dans une situation établie, ne cherchent pas à prendre de risque.
Encher o saco	Dans le cas des gens sous médication, ne plus pouvoir continuer les ARV.
Entendido(a)	Terme discret pour homosexuel(le).
Faltoso	« Ceux qui manquent ». Utilisé, de façon péjorative, pour les sujets inobservants.
Favela	Bidonville, habitat pauvre.
Fazenda	« Domaine agricole » (latifundia), à laquelle s'attache l'idée de noblesse.
Fazer bico	Bricoler ça et là, trouver des petits boulots à droite et à gauche.
Flagelados	Réfugiés qui fuient la sécheresse de leur région d'origine.
Forasteiro	Migrant « opportuniste » qui ne vient rien que pour gagner de l'argent.
Fofoca	Rumeur, et plus précisément ruée (*a fofoca do oro* : la ruée vers l'or).
Galinha, pécora	Jeune fille facile.
Garimpeiro (garimpo)	Chercheur d'or (site d'orpaillage).
Garotta de programa	« Fille de programme », fille ou femme qui se prostitue.
Gato	Intermédiaire recrutant pour un employeur des candidats à la migration.
Invasão	Occupation spontanée et illicite d'un terrain en milieu urbain.
Jeito, jeitinho	Le petit coup de main, l'entraide au sens classique dans la culture brésilienne.
Lavrador	Ouvrier agricole.
Malandro	Bandit, arnaqueur.
Pau de arrara	Camions vétustes qui transportent les migrants.
Peão	Ouvrier au service des autres. Terme rattaché aux travailleurs itinérants.
Piranas	En référence au poisson carnivore : femme attaquant les hommes sans pudeur.
Posseiro	Paysans ayant un droit de possession sans titre légal.
Retirantes	Habitants du sertão contraints de fuir la région lors des sécheresses.
Sertão	Région du Nordeste réputé pour sa sécheresse.
Tapouye (fr. : tapouille)	Pirogue de bois qui transportent les passagers d'Oyapoque vers la Guyane.
Vagabundo	Terme dépréciatif pour désigner une personne sans moralité, sans attaches.
Xodo, xodozar	Relation durable impliquant des relations sexuelles non rétribuées.
Zapatão	Expression vulgaire pour lesbienne (*lésbica*).
Zona	Bordel au sens large, zone de prostitution.

Liste des principales abréviations utilisées dans le texte

AAH	Allocation adulte handicapé
AME	Aide médicale d'État
APIO	*associação dos povos indígenas de Oiapoque* (association des peuples indigènes d'Oyapoque)
APS	Autorisation provisoire de séjour
ARV	Antirétroviraux
CAT ou COAS	Centro anônimo de testagem *(centre anonyme de dépistage)*
CDAG	*Centre de dépistage anonyme et gratuit*
CHAR	*Centre hospitalier régional de Cayenne*
CIMI	*Conseil indigéniste missionnaire*
CISIH	*(Cellule d'information sur les maladies infectieuses en milieu hospitalier)*
CMU	*Couverture médicale universelle*
CNES	*Centre national d'études spatiales*
CNS	*Conseil national sur le sida*
CPOS	Centro popular de orientação à saúde *(centre populaire d'orientation à la santé)*
DAV	Dispensaire anti-vénérien
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DSEI	Districts sanitaires spéciaux indigènes
FNS	*Fundação nacional da saúde* (fondation nationale de la santé)
FUNAI	*Fundação nacional do Indio* (fondation nationale de l'Indien)
FUNASA	Fundacão nacional da saúde (fondation nationale de la santé)
HAART	"*Highly active antiretrovirals*" (génération d'ARV apparus en 1996)
IBGE	*Instituto brasileiro de geográfia e de estatistica* (inst. brésil. de géographie & statistique)
INCRA	*Instituto nacional de colonização da reforma agraria* (institut national de réforme agraire)
INSS	*Instituto nacional de seguranca social* (institut national de sécurité sociale)
INSEE	Institut national statistique d'études économiques
OMI	Office des migrations internationales
PACS	*Programa dos agentes comunitarios da saúde* (p. agents communautaires de santé)
PAF	Police aux frontières
PCCU	Prévention du cancer du col de l'utérus
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PDSA	*Programa desenvolvimento sustentável do Amapá* (programme de dévelop. durable en Amapá)
PMI	Protection maternelle infantile
SAE	Serviço de atendimento especializado (service de prise en charge spécialisé)
SETRACI	Secretaria estadual do trabalho e da citadania (secrétariat du travail et de la citoyenneté)
SMUR	Service médical d'urgence et de réanimation
SUS	Sí*stema único de saúde* (système unique de santé)

Liste des tableaux

Tableau 1 : Croissance urbaine dans quelques villes du Pará, Amapá et Guyane française

Tableau 2 : Évolution des cas notifiés de sida par année dans sept États (1990-1997)

Tableau 3 : Distribution de cas de sida et de décès survenus par années de diagnostic, Amapá 1988-2000

Tableau 4 : Distribution de cas de sida et de décès survenus par années de diagnostic, Pará 1985-2001

Tableau 5 : Nombre total de cas en Guyane française selon l'âge et le sexe

Tableau 6 : Distribution des cas de sida en Guyane française selon le sexe et le mode de transmission (1989-2000)

Tableau 7 : Population brésilienne en Guyane, selon l'âge et le sexe (1990)

Tableau 8 : Reconduite des migrants sans papiers entre 1985 et 1993 selon la nationalité

Figures

Figure 1 : Origine géographique des patients atteints pas le VIH, 1999

Figure 2 : Répartition du VIH selon la nationalité d'origine (1988-2000)

Figure 3 : Les contacts entre orpailleurs brésiliens et ethnies amérindiennes (*colocar no capitulo 5)*

Figure 4 : Location des zones d'orpaillage brésiliennes et principaux lieux d'implantation brésiliens en Guyane *(colocar no capitulo 7)*

Figure 5 : Localisation des espaces aurifères (*colocar no capitulo 7)*

Figure 6 : Les structures de soins en Guyane *(colocar no capitulo 7)*